様式第10号(第8条関係)

番　　　　　号

　　　　年　　月　　日

藤崎町長　　　　　　　　　　㊞

重度心身障害者医療費助成額決定通知書

　先に申請のありました重度心身障害者医療費について、審査の結果、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

１　承認

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受診者氏名 | |  |
| 助　成　額 | |  |
| 支払月日 | |  |
| 振込口座 | 金融機関 |  |
| 口座番号 |  |
| 口座名義 |  |

２　不承認

　(教示)

　１　この決定に不服がある場合には、この決定があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内に、藤崎町長に対して審査請求をすることができます（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して１年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。

２　この決定については、この決定があったことを知った日の翌日から起算して６か月以内に、藤崎町を被告として（訴訟において町を代表する者は町長となります。）、決定の取消しの訴えを提起することができます（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して６か月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して１年を経過すると決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、上記１の審査請求をした場合には、当該審査請求に対する決裁があったことを知った日の翌日から起算して６か月以内に、決定の取消しの訴えを提起することができます。