第　　　　　　号

窓空宛名

様式第９号

　年　月　日

市町村長印

障害支援区分変更認定通知書

**固定文言１＋編集１**

　申請日　付けの（支給申請　支給決定の変更申請）に基づき（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第２１条　第２４条）の規定により、下記のとおり障害支援区分の変更の認定を行ったので通知します。

記

**固定文言３**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者証  番　　　　号 |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | 支給決定障害者氏名 |  |
| 認定年月日 |  | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害支援区分 | | 変更前 | | | |  | | | | | | | | |
| 変更後 | | | |  | | | | | | | | |
| 備考  **固定文言２＋編集２** | | | | | | | | | | | | |
| 障害支援区分の  認定の有効期間 |  | | | | | | | | | | | | | |
| （留意事項）  　１　変更後の障害支援区分や利用者の方のサービスの利用意向等を踏まえ、別途サービス利用に係る支給決定（の変更）を行います。  　２　認定の有効期間内であっても、状態の変化等により障害支援区分の変更をする場合があります。  　３　認定結果等について、不明な点があれば下記の担当課にご連絡ください。 | | | | | | | | | | | | | | |

**自由記載１**

**不服申立て及び取消訴訟**

不服申立て及び取消訴訟

１　この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して３か月以内に都道府県名　知事に対し審査請求をすることができます。

２　また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して６か月以内に　市町村名１　を被告として（訴訟において　市町村名２　を代表する者は　市町村長　となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときを除く。）でなければ提起することができないこととされています。

(1)　審査請求があった日から３か月を経過しても裁決がないとき。

　 (2)　処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。

(3)　その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

３　ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、原則として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。

|  |  |
| --- | --- |
| （お問合せ先） | |
| ●●市福祉部障害福祉課 | |
| 住　所 | 123-4567　●●市●●１－２－３ |
| 電話番号  メール | 987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890  xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa |