第　　　 号

年 月 日

窓空宛名

自立支援医療（精神通院）支給認定取消通知書

○○○○都道府県知事・市町村長 印

　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５７条の規定により、下記のとおり支給認定を取り消しましたので通知します。

**固定文言１**

|  |  |
| --- | --- |
| 受 給 者 番 号 |  |
| 受診者氏名 |  |
| 保護者氏名 |  |
| 支給認定取消日 |  |
| 取消理由 |  |
| **固定文言２**  備考 | **固定文言３＋編集１** |
| **固定文言４**  お手持ちの受給者証は市役所窓口で返還してください。 | |

**自由記載１**

**教示文**

この処分に不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して３か月以内に、書面で、都道府県名知事に対して審査請求をすることができます。

ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して３か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過したときは、審査請求をすることができません。

この処分の取消しを求める訴え（取消訴訟）は、この通知書を受け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。

ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して６か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過したときは、取消訴訟を提起することができません。

|  |  |
| --- | --- |
| （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 |