

自立支援医療費支給認定取消通知書

様

佐賀県知事 山 口 祥 義

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 5 7 条第 1 項の規定により、
次のとおり自立支援医療費の支給認定を取り消したので通知します。

受給者番号	
受給者氏名	
取消年月日	
取消しの理由	

自立支援医療受給者証を次のとおり返還してください。

- 1 返還先
- 2 返還期限 年 月 日

教 示

(1) 不服の申し立てについて

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して 3 か月以内に佐賀県知事に対して審査請求をすることができます。(なお、この処分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、この処分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) 処分の取り消しの訴えについて

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して 6 か月以内に限り、佐賀県知事を被告として(訴訟において県を代表する者は県知事となります。)提起することができます。(なお、この処分の通知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 年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。) また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して 3 か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して 6 か月以内であれば、提起することができます。(なお、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して 6 か月以内であっても、その審査請求に対する裁決の日の翌日から起算して 1 年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)