

大口町障害児通所給付支援事業等実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、児童福祉法(昭和22年法律第164号。以下「法」という。)、児童福祉法施行令(昭和23年政令第74号。以下「令」という。)及び児童福祉法施行規則(昭和23年厚生省令第11号)に定めるもののほか、障害児通所給付支援事業等の実施に関し、必要な事項を定めるものとする。

(用語)

第2条 この要綱で使用する用語の意義は、法で使用する用語の例による。

(支給等の申請)

第3条 法第21条の5の5の規定による通所給付決定、法第21条の5の3の規定により令第24条に規定する負担上限月額における利用者負担額の減額を受けようとする障がい児の保護者(法第6条に規定する保護者をいう。)は、障害児通所給付費支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書(様式第1)により町長に申請しなければならない。

(通所給付決定等の通知)

第4条 町長は、前条の申請に対し通所給付決定等を行ったときは、障害児通所給付費通所給付決定通知書兼利用者負担額減額・免除等決定通知書(様式第2)により当該保護者に通知するものとする。

(却下の通知)

第5条 町長は、第3条の申請に対し通所給付決定等を行わなかったときは、却下決定通知書(様式第3)により当該保護者に通知するものとする。

(通所受給者証の交付)

第6条 町長は、第4条の規定により通所給付決定等を行ったときは、法第21条の5の7第9項に規定する通所受給者証(様式第4)を第4条の規定により通所給付決定等の通知を受けた者(以下「通所給付決定保護者」という。)に交付するものとする。

2 町長は、法第21条の5の29の規定により肢体不自由児通所医療費の支給の

決定を行ったときは、前項に規定する通所受給者証に加えて肢体不自由児通所医療受給者証（様式第5）を交付するものとする。

（通所給付決定等の変更の申請）

第7条 通所給付決定保護者は、法第21条の5の8の規定により通所給付決定等を変更する必要があるときは、障害児通所給付費支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書（様式第6）に町長が別に定める書類を添えて町長に申請しなければならない。

（通所給付決定等の変更の決定）

第8条 町長は、前条の申請又は職権により、通所給付決定等の変更の決定を行ったときは、障害児通所給付費支給変更決定通知書兼利用者負担額減額・免除等変更決定通知書（様式第7）により当該通所給付決定保護者に通知するものとする。

（特例障害児通所給付費の支給の申請）

第9条 通所給付決定保護者は、法第21条の5の4に規定する特例障害児通所給付費の支給を受けようとするときは、特例障害児通所給付費支給申請書（様式第8）に、当該指定通所支援又は基準該当通所支援を利用した際に支払った費用を確認できる書類を添えて町長に申請しなければならない。

2 前項の規定にかかわらず、通所給付決定保護者が特例障害児通所給付費の代理受領に関する契約を町と締結している基準該当事業所を利用し、特例障害児通所給付費の受領の権限を当該基準該当事業所に委任する場合は、前項の申請は要しないものとする。

（特例障害児通所給付費の額）

第10条 特例障害児通所給付費の額は、法第21条の5の4第3項の規定に定める基準の額とする。

（特例障害児通所給付費の支給決定）

第11条 町長は、第9条の申請に対し支給又は不支給の決定を行ったときは、特例障害児通所給付費支給（不支給）決定通知書（様式第9）により当該通所給付決定保護者に通知するものとする。

（申請内容の変更の届出）

第12条 通所給付決定保護者は、通所給付決定の有効期間（法第21条の5の7第8項に規定する通所給付決定の有効期間をいう。以下同じ。）内において、当該通所給付決定保護者等の氏名その他の事項を変更したときは、申請内容変更届出書（様式第10）により町長に届け出るものとする。

（受給者証の再交付の申請）

第13条 町長は、通所受給者証及び肢体不自由児通所医療受給者証（以下「受給者証」という。）を破損、汚損又は紛失したことにより失った通所給付決定保護者から、通所給付決定の有効期間内において、受給者証再交付申請書（様式第11）により受給者証の再交付の申請があったときは、受給者証を再交付するものとする。

（通所給付決定の取消し）

第14条 町長は、法第21条の5の9第1項の規定により通所給付決定の取消しを行ったときは、通所給付決定取消通知書（様式第12）により通所給付決定保護者に通知するものとする。

（高額障害児通所給付費の支給）

第15条 法第21条の5の12に規定する高額障害児通所給付費の支給を受けようとする通所給付決定保護者は、高額障害児通所給付費支給申請書（様式第13）により町長に申請しなければならない。

2 町長は、前項の申請に対し支給又は不支給の決定を行ったときは、高額障害児通所給付費支給（不支給）決定通知書（様式第14）により当該通所給付決定保護者に通知するものとする。

（障害児通所支援又は障害福祉サービスの措置の手続き）

第16条 町長が、法第21条の6の規定による障害児通所支援又は障害福祉サービスの提供を行おうとする場合は、あらかじめ支援依頼書（様式第15）を、当該措置を行う事業者に送付するとともに、当該措置を行うことを決定したときは、支援決定通知書（様式第16）を当該措置を受ける障害児の保護者に送付しなければならない。

2 町長は、前項による措置を変更することを決定したときは、支援変更決定通知

書（様式第17）を、当該措置を受けている障害児の保護者に送付しなければならない。

- 3 町長は、第1項の措置を解除することを決定したときは、支援終了決定通知書（様式第18）を、当該措置を行う事業者に送付するとともに、支援終了通知書（様式第19）を、当該措置を受けている障害児の保護者に送付しなければならない。

（障害児通所支援又は障害福祉サービスの措置に係る費用の徴収）

第17条 町長は、法第21条の6に規定する措置を行う場合において、法第56条第2項の規定に基づき、当該措置を受ける障害児の保護者又はその扶養義務者から徴収する費用の額は、厚生労働大臣が定める基準により算定した額とする。

- 2 町長は、前項の規定に基づき徴収する費用の額を決定したときは、費用徴収額決定（変更）通知書（様式第20）により、扶養義務者（障害児の保護者が扶養義務者でない場合に限る。）に通知しなければならない。

（障害児相談支援給付費の支給）

第18条 法第24条の26第1項の規定による申請は、障害児相談支援給付費支給申請書（様式第21）によるものとする。

- 2 町長は、前項の申請について支給又は却下の決定をしたときは、障害児相談支援給付費支給（却下）決定通知書（様式第22）により当該決定を受けた者に通知するものとする。
- 3 町長は、法第6条の2第8項の規定に基づき決定した期間について変更の決定をしたときは、モニタリング期間変更決定通知書（様式第23）により当該決定を受けた者に通知するものとする。
- 4 町長は、法第24条の26第1項の規定による障害児相談支援給付費の支給の取消しをしたときは、障害児相談支援給付費支給取消通知書（様式第24）により当該取消しを受けた者に通知するものとする。

（その他必要事項）

第19条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、町長が別に定める。

附 則（平成25年3月27日 大口町告示第27号）

この要綱は、告示の日から施行し、平成24年4月1日から適用する。

附 則（平成25年3月27日 大口町告示第28号）

この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

附 則（平成25年5月31日 大口町告示第81号）

この要綱は、告示の日から施行する。

附 則（平成26年5月30日 大口町告示第58号）

この要綱は、告示の日から施行し、平成26年4月1日から適用する。

附 則（平成26年12月22日 大口町告示第100号）

この要綱は、告示の日から施行する。

附 則（平成27年9月30日 大口町告示第89号）

この要綱は、告示の日から施行する。

附 則（平成27年12月25日 大口町告示第115号）

この要綱は、平成28年1月1日から施行する。

附 則（平成28年6月27日 大口町告示第93号）

この要綱は、告示の日から施行し、改正後の大口町障害児通所給付支援事業等実施要綱の規定は、平成28年4月1日から適用する。

附 則（平成30年9月28日 大口町告示第95号）

この要綱は、告示の日から施行する。

附 則（令和元年7月4日 大口町告示第97号）

1 この要綱は告示の日から施行する。

2 この要綱の施行の際、現に改正前の大口町障害児通所給付支援事業等実施要綱の規定に基づいて作成された用紙は、改正後の大口町障害児通所給付支援事業等実施要綱の規定にかかわらず、当分の間使用することができるものとする。

附 則（令和3年3月30日 大口町告示第52号）

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

附 則（令和4年3月29日 大口町告示第24号）

この要綱は、告示の日から施行する。

様式第1 (第3条関係)

障害児通所給付費
支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

大口町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日		
	氏名			個人番号			
	居住地	〒		電話番号			
フリガナ				生年月日	年 月 日		
支給申請に係る児童氏名				個人番号			
				続柄			
身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号		疾病名	
被保険者証の記号及び番号(※)				保険者名及び番号(※)			

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、医療型児童発達支援を申請する場合記入すること。

サービス利用の状況	障がい福祉関係サービス	利用中のサービスの種類と内容等

申請する支援	支援の種類	申請に係る具体的内容
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援	
	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	
	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	

障害児支援利用計画又は通所支援計画を作成するために必要があるときは、通所支援の利用に関する意向聴取の内容及び医師意見書の全部又は一部を、大口町から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者又は障害児入所施設の関係人に提示することに同意します。

また、町民税等の課税状況等（必要に応じ世帯員分を含む）を確認することに同意します。

申請者氏名

主治医(※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒		
電話番号				

申請する減免の種類	<input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。) 1. 生活保護受給世帯 2. 市町村民税非課税世帯に属する者 3. 市町村民税課税世帯(所得割28万円未満)に属する者
	<input type="checkbox"/> II 多子軽減措置に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに○をつける。) 1. 第2子に該当する者 2. 第3子以降に該当する者 ※ 在園証明等が必要となります。
	<input type="checkbox"/> III 生活保護への移行予防措置(自己負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定 生活保護への移行予防措置(□自己負担減免措置 □補足給付の特例措置)を申請します。 ※ 福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。

※いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
氏名		申請者との関係	
住所	〒		
電話番号			

様

大口町長

印

障害児通所給付費
支給決定通知書兼利用者負担額減額・免除等決定通知書

年 月 日に申請のありました障害児通所給付費の支給(及び)(利用者負担額減額・免除等)について、児童福祉法第21条の5の3及び第21条の5の7の規定に基づき下記のとおり決定したので、受給者証を交付し通知します。

記

受給者証番号		通所給付決定保護者氏名	
給付決定年月日		給付決定に係る児童氏名	
負担上限月額	円	左の上限月額の適用期間	
多子軽減対象			
給付決定内容	通所支援の種類	支援の内容及び支給量	有効期間
	特記事項		

肢体不自由児通所医療	公費負担者番号		公費受給者番号	
	肢体不自由児通所医療(食事療養を除く)の負担上限月額	月額	円	
	上限額の適用期間			

・審査請求及び取消訴訟

- 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、愛知県知事に対して審査請求をすることができます。
- 処分の取消しの訴えについては、上記1の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができません。この処分の取消しの訴えは、この裁決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、大口町を被告として(訴訟において大口町を代表する者は大口町長となります。)、提起することができます。
なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟を提起することができます。
(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き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。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなり、また、審査請求に対する裁決のあった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、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。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分(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年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

・問い合わせ先

様

大口町長

印

却 下 決 定 通 知 書

年 月 日に申請のありました障害児通所給付費の支給及び（利用者負担額減額・免除等）については、下記の理由により却下することに決定しましたので通知します。

記

1 申請事項

2 却下の理由

・審査請求及び取消訴訟

- 1 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、愛知県知事に対して審査請求をすることができます。
- 2 処分の取消しの訴えについては、上記1の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができません。この処分の取消しの訴えは、この裁決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、大口町を被告として（訴訟において大口町を代表する者は大口町長となります。）、提起することができます。

なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟を提起することができます。

- (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き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、この処分があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなり、また、審査請求に対する裁決のあった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、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。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（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年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

・問い合わせ先

様式第4（第6条関係）

(一)		(二)		(三)	
通所受給者証		障害児通所給付費の給付決定内容		障害児通所給付費の給付決定内容	
受給者証番号		支援の種類		支援の種類	
通所給付決定保護者	居住地	支給量等		支給量等	
	フリガナ	給付決定期間	年 月 日から 年 月 日まで	支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで
	氏名	支援の種類		支援の種類	
	生年月日	年 月 日		支給量等	
児童	フリガナ	給付決定期間	年 月 日から 年 月 日まで	給付決定期間	年 月 日から 年 月 日まで
	氏名	特記事項欄	・ 放課後等デイサービス指標該当 有 ・ 無		
	生年月日	年 月 日		予備欄	
交付年月日	年 月 日				
支給区市町村名 及び印					

<p style="text-align: center;">(四)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">障害児相談支援給付費の支給内容</td> </tr> <tr> <td style="width:15%;">支給期間</td> <td>年 月 日から 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td colspan="2">指定相談支援事業所名</td> </tr> <tr> <td colspan="2">モニタリング期間</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 150px; vertical-align: top;">予備欄</td> </tr> </table>	障害児相談支援給付費の支給内容		支給期間	年 月 日から 年 月 日まで	指定相談支援事業所名		モニタリング期間		予備欄		<p style="text-align: center;">(五)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">利用者負担に関する事項</td> </tr> <tr> <td style="width:15%;">負担上限月額</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td>適用期間</td> <td>年 月 日から 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">食事提供体制加算対象者</td> </tr> <tr> <td>適用期間</td> <td>年 月 日から 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td colspan="2">利用者負担上限額管理対象者該当の有無</td> </tr> <tr> <td colspan="2">利用者負担上限額管理事業所名</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 100px; vertical-align: top;">特記事項欄</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 100px; vertical-align: top;">予備欄</td> </tr> </table>	利用者負担に関する事項		負担上限月額	円	適用期間	年 月 日から 年 月 日まで	食事提供体制加算対象者		適用期間	年 月 日から 年 月 日まで	利用者負担上限額管理対象者該当の有無		利用者負担上限額管理事業所名		特記事項欄		予備欄		<p style="text-align: center;">(六)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:5%; text-align: center;">番号</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">障害児通所支援事業者記入欄</td> </tr> <tr> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;">1</td> <td>事業者及びその事業所の名称</td> <td></td> </tr> <tr> <td>支援の内容</td> <td style="text-align: right;">事業者確認印</td> </tr> <tr> <td>契約支給量</td> <td></td> </tr> <tr> <td>契約日</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;">2</td> <td>当該契約支給量による支援提供終了日</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>支援提供終了月中の終了日までの既提供量</td> <td></td> </tr> <tr> <td>事業者及びその事業所の名称</td> <td></td> </tr> <tr> <td>支援の内容</td> <td style="text-align: right;">事業者確認印</td> </tr> <tr> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;">3</td> <td>契約支給量</td> <td></td> </tr> <tr> <td>契約日</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>当該契約支給量による支援提供終了日</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>支援提供終了月中の終了日までの既提供量</td> <td></td> </tr> </table>	番号	障害児通所支援事業者記入欄		1	事業者及びその事業所の名称		支援の内容	事業者確認印	契約支給量		契約日	年 月 日	2	当該契約支給量による支援提供終了日	年 月 日	支援提供終了月中の終了日までの既提供量		事業者及びその事業所の名称		支援の内容	事業者確認印	3	契約支給量		契約日	年 月 日	当該契約支給量による支援提供終了日	年 月 日	支援提供終了月中の終了日までの既提供量	
障害児相談支援給付費の支給内容																																																												
支給期間	年 月 日から 年 月 日まで																																																											
指定相談支援事業所名																																																												
モニタリング期間																																																												
予備欄																																																												
利用者負担に関する事項																																																												
負担上限月額	円																																																											
適用期間	年 月 日から 年 月 日まで																																																											
食事提供体制加算対象者																																																												
適用期間	年 月 日から 年 月 日まで																																																											
利用者負担上限額管理対象者該当の有無																																																												
利用者負担上限額管理事業所名																																																												
特記事項欄																																																												
予備欄																																																												
番号	障害児通所支援事業者記入欄																																																											
1	事業者及びその事業所の名称																																																											
	支援の内容	事業者確認印																																																										
	契約支給量																																																											
	契約日	年 月 日																																																										
2	当該契約支給量による支援提供終了日	年 月 日																																																										
	支援提供終了月中の終了日までの既提供量																																																											
	事業者及びその事業所の名称																																																											
	支援の内容	事業者確認印																																																										
3	契約支給量																																																											
	契約日	年 月 日																																																										
	当該契約支給量による支援提供終了日	年 月 日																																																										
	支援提供終了月中の終了日までの既提供量																																																											

(七)

番号		障害児通所支援事業者記入欄	
4	事業者及びその事業所の名称		
	支援の内容		事業者確認印
	契約支給量		事業者確認印
	契約日	年 月 日	
	当該契約支給量による支援提供終了日	年 月 日	事業者確認印
支援提供終了月中の終了日までの既提供量			
5	事業者及びその事業所の名称		
	支援の内容		事業者確認印
	契約支給量		事業者確認印
	契約日	年 月 日	
	当該契約支給量による支援提供終了日	年 月 日	事業者確認印
支援提供終了月中の終了日までの既提供量			
6	事業者及びその事業所の名称		
	支援の内容		事業者確認印
	契約支給量		事業者確認印
	契約日	年 月 日	
	当該契約支給量による支援提供終了日	年 月 日	事業者確認印
支援提供終了月中の終了日までの既提供量			

(八)

注意事項欄
<p>1 この証は、各面をよく読んで大切に持っていてください。</p> <p>2 指定通所支援、共生型通所支援又は基準該当通所支援を受けようとするときは、必ずこの証を指定障害児通所支援事業者等又は基準該当事業所に提示してください。</p> <p>3 医療型児童発達支援を受けようとするときは、この証に医療保険の被保険者証及び肢体不自由児通所医療受給者証を添えて、指定医療型児童発達支援事業所に提示してください。</p> <p>4 指定通所支援等を受けるときに支払う金額は、当該通所給付決定保護者の家計の負担能力その他の事情を斟酌して政令で定める額(当該政令で定める額が、指定通所支援等に要した費用(食費、光熱水費等を除く。)の総額の1割相当を超えるときは1割相当の額)です。ただし、五面の負担上限月額欄に記載された金額がひと月当たりの上限になります(個別減免等の認定を受けた場合には減免後の額が表示されています。)。なお、基準該当通所支援を受ける場合等は市町村の窓口にお問い合わせください。</p> <p>5 負担上限月額については、毎年通所給付決定保護者の収入等に応じて決定しますので、所定の時期に、この証と認定に必要な関係書類を市町村に提出してください。</p> <p>6 給付決定期間を経過したときは障害児通所給付費等の支給を受けられませんので、給付決定期間を経過する前に、市町村にこの証を添えて、支給の再申請をしてください。</p>

(九)

注意事項欄
<p>7 支給量の変更を必要とする場合は、支給量の変更の申請をすることができます。また、他の種類の障害児通所支援を受ける必要がある場合は、市町村に支給申請をしてください。</p> <p>8 この証の一、五面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて市町村にその旨を届け出てください。</p> <p>9 給付決定期間内に、居住地を移そうとする場合は、事前に、この証を交付した市町村にご連絡、ご相談ください。 また、支給決定期間内に、他の市町村の区域に居住地を移したときは、14日以内に、この証を添えて、この証を交付した市町村(旧居住地の市町村)に届け出てください。</p> <p>10 この証を破損したり、汚したり又は紛失したときは、速やかに届け出て、再交付を受けてください。 また、再交付を受けた後、紛失したこの証を発見したときは、速やかに市町村に返してください。</p> <p>11 受給者の資格がなくなったときは、直ちにこの証を市町村に返してください。</p> <p>12 不正にこの証を使用した者は、関係法令により処罰されることがあります。</p> <p>13 支給決定の内容欄に記載されていない障害児通所支援については、障害児通所給付費等の支給は受けられません。</p>

様式第5（第6条関係）

肢体不自由児通所医療受給者証										
公費負担者番号										
公費受給者番号										
通所給付決定保護者	フリガナ									
	居住地									
	フリガナ							生年月日		
	氏名							年 月 日		
	被保険者証の記号及び番号						保険者名及び番号			
負担上限月額	肢体不自由児通所医療(食事療養を除く)			月額			円			
適用期間	年 月 日 から			年 月 日			まで			
交付年月日	年 月 日									
支給市町村名及び印										

注意事項欄
<p>1 この証は、各面をよく読んで大切に持っていてください。</p> <p>2 医療型児童発達支援を受けようとするときは、必ずこの証に障害児通所受給者証及び医療保険の被保険者証を添えて、指定医療型児童発達支援事業所に提示してください。</p> <p>3 肢体不自由児通所医療の負担上限月額はこの証の負担上限月額欄に記載された金額が一月当たりの上限になります。</p> <p>4 肢体不自由児通所医療の負担上限月額は毎年通所給付決定保護者の収入等に応じて決定しますので、所定の時期に、この証と認定に必要な関係書類を市町村に提出してください。</p> <p>5 医療型児童発達支援に係る障害児通所給付費の支給決定期間を経過したときは、肢体不自由児通所医療費の支給を受けられませんので、支給決定期間を経過する前に市町村にこの証を添えて、医療型児童発達支援に係る障害児通所給付費の支給の再申請をしてください。</p> <p>6 この証の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、市町村にその旨を届け出てください。</p> <p>7 給付決定期間内に居住地を移そうとする場合は、事前に、この証を交付した市町村にご連絡、ご相談ください。 また、給付決定期間内に、他の市町村の区域に居住地を移したときは、14日以内に、この証を添えて、この証を交付した市町村に届け出てください。</p> <p>8 この証を破損したり、汚したり又は紛失したときは、速やかに届け出て、再交付を受けてください。 また、再交付を受けた後、紛失したこの証を発見したときは、速やかに、市町村に返してください。</p> <p>9 受給者の資格がなくなったときは、直ちに、この証を市町村に返してください。</p> <p>10 不正にこの証を使用した者は、関係法令により処罰されることがあります。</p>

様式第6（第7条関係）

障害児通所給付費
支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書

大口町長 様
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名		個人番号			
	居住地	〒	電話番号			
支給申請に係る児童氏名	フリガナ		生年月日	年	月	日
	支給申請に係る児童氏名		個人番号			
			続柄			
身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号		疾病名
被保険者証の記号及び番号(※)			保険者名及び番号(※)			

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、医療型児童発達支援を申請する場合記入すること。

サービス利用の状況	障がい福祉関係サービス	利用中のサービスの種類と内容等
変更の理由		
変更を申請する支援	支援の種類	申請に係る具体的内容
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援	
	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	
<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援		

主治医(※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒		
電話番号				

申請する減免の種類	<input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。) 1. 生活保護受給世帯 2. 市町村民税非課税世帯に属する者 3. 市町村民税課税世帯(所得割28万円未満)に属する者
	<input type="checkbox"/> II 多子軽減措置に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに○をつける。) 1. 第2子に該当する者 2. 第3子以降に該当する者 ※ 在園証明等が必要となります。
	<input type="checkbox"/> III 生活保護への移行予防措置(自己負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定 生活保護への移行予防措置(□自己負担減免措置 □補足給付の特例措置)を申請します。 ※ 福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

申請書提出者	□申請者本人 □申請者本人以外(下の欄に記入)		
氏名		申請者との関係	
住所	〒		
電話番号			

様

大口町長

図

障害児通所給付費
支給変更決定通知書兼利用者負担額減額・免除等変更決定通知書

年 月 日に申請のありました(障害児通所給付費の支給変更)(及び)(利用者負担額減額・免除等の変更)について、児童福祉法第21条の5の8の規定に基づき下記のとおり決定し、通知します。

記

受給者証番号	通所給付決 保護者氏名	
変更年月日	給付決定に係る 児童氏名	
変更の内容	変更前	
	変更後	

受給者証を下記提出先に提出してください。ただし、既に受給者証を提出されている方は、不要です。

提出先

提出期限 年 月 日

・審査請求及び取消訴訟

- 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、愛知県知事に対して審査請求をすることができます。
- 処分の取消しの訴えについては、上記1の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができません。この処分の取消しの訴えは、この裁決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、大口町を被告として（訴訟において大口町を代表する者は大口町長となります。）、提起することができます。

なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟を提起することができます。

- 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。
- 処分、処分の執行又は手続き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。
- その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

- ただし、上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなり、また、審査請求に対する裁決のあった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、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。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（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年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

・問い合わせ先

様式第8（第9条関係）

特例障害児通所給付費支給申請書
【 年 月分】

大口町長 様

年 月 日

下記のとおり、関係書類を添えて特例障害児通所給付費の支給を申請します。

フリガナ			受給者証番号																
申請者氏名																			
申請者 生年月日	年	月	日	個人番号															
居住地																			
フリガナ			生年月日	年		月		日											
給付決定に係る 児童氏名			個人番号																
			続柄																
特例障害児通所給付費 請求額				円															

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
フリガナ			申請者 との関係
氏名			
住所	〒		
	電話番号		

上記に関する特例障害児通所給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

金融機関名	預金種別	口座番号	フリガナ 口座名義
銀行 信用金庫 農業協同組合 本店 支店	普通 当座		

(注意) この申請書に該当月分の領収証及び通サービス提供証明書を添付してください。

市町村記入欄

領収書確認欄	サービス提供 証明書確認欄	備考

様

大口町長

印

特例障害児通所給付費支給（不支給）決定通知書

年 月 日に申請のありました特例障害児通所給付費の支給について児童福祉法第21条の5の4の規定に基づき下記のとおり決定しましたので通知します。

記

受給者証番号	申請者氏名
--------	-------

受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
特例障害児通所給付費申請額	円		
支給決定の内容			
支給	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	支給金額	円
不支給・減額の理由			

・審査請求及び取消訴訟

- 1 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、愛知県知事に対して審査請求をすることができます。
- 2 処分の取消しの訴えについては、上記1の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができません。この処分の取消しの訴えは、この裁決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、大口町を被告として（訴訟において大口町を代表する者は大口町長となります。）、提起することができます。
 なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟を提起することができます。
 - (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き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、この処分があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなり、また、審査請求に対する裁決のあった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、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。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（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年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

・問い合わせ先

様式第10（第12条関係）

申請内容変更届出書

大口町長 様

年 月 日

次のとおり変更がありましたので届け出ます。

フリガナ		生年月日	年 月 日
給付決定保護者 氏名		個人番号	
居 住 地	〒 電話番号		
フリガナ		生年月日	年 月 日
給付決定に係る 児童氏名		個人番号	
		続柄	

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 支給決定保護者 <input type="checkbox"/> 支給決定保護者以外(下の欄に記入)	
フリガナ		本人との 関係
氏 名		
住 所	〒 電話番号	

変更事項 (該当に○を して下さい。)	給付決定保護者に 関すること	①氏名 ②居住地 ③連絡先
	利用者である児童 に関すること	④氏名 ⑤居住地 ⑥連絡先 ⑦保護者との続柄
	そ の 他	
変更内容	変更前	
	変更後	

※変更した内容を証する書類を添付すること。

様式第11 (第13条関係)

受給者証再交付申請書

大口町長 様

年 月 日

受給者証の再交付について申請します。

受給者証の種類	1 通所受給者証 2 肢体不自由児通所医療受給者証	受給者証番号	
---------	------------------------------	--------	--

フリガナ		生年月日	年 月 日
給付決定保護者氏名		個人番号	
居住地	〒 電話番号		
フリガナ		生年月日	年 月 日
給付決定に係る児童氏名		個人番号	
		続柄	

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 給付決定保護者(本人)	<input type="checkbox"/> 給付決定保護者以外(下の欄に記入)
フリガナ		
氏名	本人との関係	
住所	〒 電話番号	

申請の理由	1 破損 2 汚損 3 紛失
-------	--------------------------

- 備考 1 破損又は汚損による再交付申請には、申請書にその受給者証を添えてください。
 2 再交付を受けた後、失った受給者証を発見したときは、速やかにその受給者証を返還してください。

様

大口町長

印

通所給付決定取消通知書

児童福祉法第21条の5の9第1項の規定により、下記のとおり給付決定を取り消しましたので通知します。

記

受給者証 番号	給付決定 保護者氏名
給付決定取消日	給付決定に係る 児童氏名
取消理由	

受給者証を下記返還先に返還してください。ただし、既に受給者証を提出されている方は、不要です。

返還先

返還期限

・審査請求及び取消訴訟

- 1 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、愛知県知事に対して審査請求をすることができます。
- 2 処分の取消しの訴えについては、上記1の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができません。この処分の取消しの訴えは、この裁決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、大口町を被告として（訴訟において大口町を代表する者は大口町長となります。）、提起することができます。
 なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟を提起することができます。
 (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き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、この処分があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなり、また、審査請求に対する裁決のあった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、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。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（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年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

・問い合わせ先

様

大口町長

印

高額障害児通所給付費支給（不支給）決定通知書

年 月 日に申請のありました高額障害児通所給付費の支給について、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

給付決定 保護者氏名		受給者 証番号											
給付決定に係 る児童氏名													

受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
本人支払額	円	申請に係る サービス利用月	年 月分
支給	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	支給金額	円
不支給の理由			

振込先	金融機関										
	口座種目										
	口座番号										
	口座名義人										

・審査請求及び取消訴訟

- 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、愛知県知事に対して審査請求をすることができます。
- 処分の取消しの訴えについては、上記1の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができません。この処分の取消しの訴えは、この裁決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、大口町を被告として（訴訟において大口町を代表する者は大口町長となります。）、提起することができます。
 なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟を提起することができます。
 - 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。
 - 処分、処分の執行又は手続き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。
 - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなり、また、審査請求に対する裁決のあった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、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。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（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年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

・問い合わせ先

様式第15（第16条関係）

支援依頼書

第 号
年 月 日

様

大口町長



児童福祉法第21条の6の規定に基づき、下記の者の支援を貴事業所に依頼いたします。
なお、受託できないときは、速やかに回答してください。

記

住所	
障害者氏名	男 ・ 女
生年月日	
障害の種類と 程度	
依頼したい支援 の種類及び量	
予定期間	
その他	

様式第16（第16条関係）

支援決定通知書

第 号
年 月 日

様

大口町長

印

あなたを、児童福祉法第21条の6の規定に基づき、下記のとおり支援することに決定しましたので、通知します。

記

支援の種類及び量	
支援を提供する事業所	事業所又は施設名 代表者氏名 所在地 連絡先
予定期間	
費用徴収額	(本人負担額) (扶養義務者負担額) ※大口町にお支払いください。
その他	

・審査請求及び取消訴訟

- 1 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、愛知県知事に対して審査請求をすることができます。
- 2 処分の取消しの訴えについては、上記1の審査請求に対する判決を経た後でなければ提起することができません。この処分の取消しの訴えは、この判決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、大口町を被告として（訴訟において大口町を代表する者は大口町長となります。）提起することができます。
なお、次のいずれかに該当する場合は、この判決を経ずに訴訟を提起することができます。
(1) 審査請求があった日から3か月を経過しても判決がないとき。
(2) 処分、処分の執行又は手続き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) その他判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、この処分があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなり、また、審査請求に対する判決のあった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、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。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求に対する判決）があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

・問い合わせ先

様式第17（第16条関係）

支援変更決定通知書

第 号
年 月 日

様

大口町長

印

年 月 日付け 号で通知した支援の内容を下記のとおり変更することを決定しましたので通知します。

記

区分	変更前	変更後
支援の種類及び量		
支援を提供する事業所	事業所又は施設名 代表者氏名 所在地 連絡先	
予定期間		
費用徴収額	(本人負担額)	(本人負担額)
その他		

・審査請求及び取消訴訟

- 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、愛知県知事に対して審査請求をすることができます。
- 処分の取消しの訴えについては、上記1の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができません。この処分の取消しの訴えは、この裁決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、大口町を被告として（訴訟において大口町を代表する者は大口町長となります。）提起することができます。
なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟を提起することができます。
(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き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。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなり、また、審査請求に対する裁決のあった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、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。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（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年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

・問い合わせ先

様式第18（第16条関係）

支援終了決定通知書

第 号
年 月 日

様

大口町長 

年 月 日付け
を決定しましたので通知します。

号で依頼した、下記の者の支援を終了すること

記

障害者氏名	
住所	
支援終了日	
依頼していた支援	
その他	

様式第19（第16条関係）

支援終了通知書

第 号
年 月 日

様

大口町長



児童福祉法第21条の6の規定に基づき行った支援を下記のとおり終了することに決定しましたので通知します。

記

支援の種類及び量	
支援を提供する事業所	事業所又は施設名 代表者氏名 所在地 連絡先
終了日	
その他	

・審査請求及び取消訴訟

- 1 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、愛知県知事に対して審査請求をすることができます。
- 2 処分の取消しの訴えについては、上記1の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができません。この処分の取消しの訴えは、この裁決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、大口町を被告として（訴訟において大口町を代表する者は大口町長となります。）提起することができます。
なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟を提起することができます。
(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き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、この処分があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなり、また、審査請求に対する裁決のあった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、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。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（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年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

・問い合わせ先

様式第20（第17条関係）

費用徴収額決定（変更）通知書

第 号
年 月 日

様

大口町長

印

あなたを、児童福祉法第21条の6の規定に基づき行った下記の措置に係る、扶養義務者と認定し、負担すべき費用の額を決定（変更）しましたので、通知します。

記

障害児氏名	
住所	
支援の種類及び量	
支援を提供する事業所	事業所又は施設名 代表者氏名 所在地 連絡先
予定期間	
費用支払額	扶養義務者負担額

・審査請求及び取消訴訟

- 1 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、愛知県知事に対して審査請求をすることができます。
- 2 処分の取消しの訴えについては、上記1の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができません。この処分の取消しの訴えは、この裁決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、大口町を被告として（訴訟において大口町を代表する者は大口町長となります。）提起することができます。
なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟を提起することができます。
(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き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、この処分があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなり、また、審査請求に対する裁決のあった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、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。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（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年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

・問い合わせ先

様式第21 (第18条関係)

障害児相談支援給付費支給申請書

大口町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		個人番号	
	居住地	〒	電話番号	
	フリガナ		生年月日	年 月 日
申請に係る児童氏名			個人番号	
			続柄	

届出者	フリガナ		申請者との関係	
	氏名			
	住所	〒	電話番号	

様

大口町長

印

障害児相談支援給付費支給（却下）決定通知書

児童福祉法第24条の26第1項の規定に基づき、障害児相談支援給付費の支給について、次のとおり決定したので通知します。

障害福祉サービス 受給者証 番号		地域相談支援 受給者証 番号	
通所受給者証番号			
申請者氏名		支給に係る 児童氏名	
支給の可否	可 ・ 否		
支給 する	支給期間		
	モニタリング 期間		
支給 しない	理由		

・審査請求及び取消訴訟

- 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、大口町に対して審査請求をすることができます。
- この処分については、上記1の審査請求のほか、この処分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、大口町を被告として（訴訟において大口町を代表する者は大口町長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記1の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する判決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する判決）があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることや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。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する判決）があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することができます。

・問い合わせ先

様

大口町長

印

障害児相談支援給付費支給取消通知書

児童福祉法第24条の26第1項の規定に基づき、障害児相談支援給付費について、次のとおり決定しましたので通知します。

障害福祉サービス 受給者証 番号		地域相談支援 受給者証 番号	
通所受給者証番号			
支給取消に係る 障がい者（保護者）		支給取消に係る 児童氏名	
支給取消日			
取消理由			

受給者証を 提出先 に提出してください。

提出先

提出期限

年 月 日

・ 審査請求及び取消訴訟

- 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、大口町に対して審査請求をすることができます。
- この処分については、上記1の審査請求のほか、この処分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、大口町を被告として（訴訟において大口町を代表する者は大口町長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記1の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この処分（審査請求をした場合には、その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、審査請求をすることや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。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求をした場合には、その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年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することができます。

・ 問い合わせ先