様式第２０号

**支給量変更決定通知書**

第　　　号

　年 　月 　日

　　　　　　 様

　　土佐清水市福祉事務所長　

　身体障害者福祉法第17条の７の規定に基づき支給量の変更について，下記のとおり決定しましたので通知します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 居宅受給者証番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 支給決定障害者氏名 |  | | | | | | | | | | |
| 変更年月日 |  | | | | | | | | | | |
| 変更後のサービスの  種類，内容及び支給量 |  | | | | | | | | | | |
| 変更の理由 |  | | | | | | | | | | |

　　居宅受給者証を土佐清水市福祉事務所に提出してください。

　　　提出先　　　　 土佐清水市福祉事務所

　　　　　　　　　　　　　　　　　土佐清水市天神町１１番２号

　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　０８８０－８２－１１１１

　　 提出期限　　　 　　　 年　　月　　日

不服の申立て

　この決定に不服がある場合には，この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日　 以内に，土佐清水市長に対して異議申立てをすることができます。

処分の取消しの訴え

　　処分の取消しの訴え（取消訴訟）は，この処分の通知を受けた日の翌日から起算して６ヵ月以内に，土佐清水市を被告として（訴訟において市を代表する者は市長となります。），提起することができます。なお，この処分を受けた日から６ヵ月以内であっても，処分の日から１年を経過すると，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。