様式第２４号

**施設訓練等支援費扶養義務者分利用者負担額決定通知書**

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11の規定に基づく支給決定に係る扶養義務者として認定し，あなたが負担すべき費用の額を下記のとおり決定しましたので，通知します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  利用者負担額 扶養義務者分対象者 |   居住地 |  |
|   氏　名 |  |   続柄 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設受給者証番　　　　号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 支給決定障害者氏名 |  |
| 支給決定日 |  |
| 支給期間 |  |
| 施設支援の種類及び内容 |  |
| 障害支援区分 |  |
| 利用者負担額（本人）　（月額） |  |
| 利用者負担額（扶養義務者） （月額） |  |

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。

問い合わせ先

　　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