様式第４０号

**身体障害者居宅支援（施設支援）　措置決定通知書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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18条第１項（第３項）に規定する措置を行うことを下記の

とおり決定しましたので，通知します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 明治 大正  昭和 平成 年　 月　 日 |
| 氏　名 |  |
| 性　　別 | 男　・　女 |
| 居住地 | 〒        電話番号 | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 措置決定日 | |  | |
| 措  置  の  内  容 | サービス区分 | サービスの内容等 | |
| □ 居宅サービス | 種　　　　類 |  |
| 区　分 　等 |  |
| 事業者の名称等 |  |
| □ 施設サービス | 種 類 |  |
| 区 分 等 |  |
| 事業者の名称等 |  |

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