第10号様式（第10条関係）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 費用徴収額決定通知書  第　　　　　号  　年　　月　　日  　　　　　　　　　　様  土佐清水市長  　土佐清水市養育医療の給付に関する規則第9条第2項の規定により、あなたが負担する額を次のとおり決定しましたので、通知します。 | | | |
| 給付の種類 |  | 公費負担医療  の受給者番号 |  |
| 給付を受ける者  の氏名 |  | | |
| 決定した徴収額 | 月額　　　　　　　円 | | |
| （教示）  1　この決定について不服がある時は、この決定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、土佐清水市長に対して審査請求をすることができます。  2　この処分の取消しの訴えは、この処分の通知を受けた日から6か月以内(通知の翌日から起算します。)に土佐清水市を被告として(訴訟において土佐清水市を代表する者は土佐清水市長となります。)提起しなければなりません。(なお、処分の通知を受けた日から6か月以内であっても、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できなくなります。)ただし、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、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から6か月以内(送達を受けた日の翌日から起算します。)に提起しなければならないこととされています。(なお、裁決の送達を受けた日から6か月以内であっても、裁決の日から1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起できなくなります。) | | | |