様式第３号の２（第３条関係）

第 　　　　　号

年　　月　　日

医療費受給資格証返還命令書

　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　橿原市長

年　　月　日付けで交付した　　　医療費助成受給資格証を下記の理由により返還することを命じます。

記

１．返還理由

　　１．資格取消日（喪失日）　　　　　年　月　日

　　１．資格喪失期間　　　　　　　　　年　月　日　から　　年　月　日　まで

|  |
| --- |
| （教示）  この処分について不服があるときは、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、橿原市長に対して審査請求をすることができます（なお、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か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。  また、この処分の取消しの訴えは、この処分があったことを知った日（審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日。以下同じ。）の翌日から起算して６か月以内に、橿原市を被告として（訴訟において橿原市を代表する者は橿原市長になります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、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か月以内であっても、この処分の日（審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決の日）の翌日から起算して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。）。 |