様式第7号(第9条関係)

受給資格登録停止通知書

第　　　　　号

年　　月　　日

　　　　　　　　様

橿原市長

　　　　　年　　月　　日付けで受給資格証を交付したひとり親家庭等医療費受給資格について、下記のとおり登録を停止します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 |  | | 受給者 |  |
| 受給資格登録停止事由 | |  | | |
| 受給資格登録停止期間 | | 年　　　月　　　日から  　　　上記事項が解消されるまで | | |

(注)本通知受領後、直ちに受給資格証を返還してください。

（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。）。