

(様式第2号)

アフターケア通院費
支給・不支給決定 変更決定 通知

申請者氏名			
アフターケア手帳番号			
金額			
通院年月日			
備考			
番号	所在地		

様
氏
名
職
種

年 月 日

このはきは、 支給及び変更決定の 局名
お知らせです。
支給決定した方への支払日のお知らせは、
別途の通知となります。

<p>○通院費の支給については、表記のとおり決定したので通知します。</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">労働局長 印</p>	<p>○ この決定理由の詳細についてお聞きになりたい点があれば、表記の労働局まで照会してください。</p> <p>○ この決定に不服がある場合は、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に厚生労働大臣に対して審査請求をすることができます。ただし、決定があった日から1年を経過した場合は、審査請求をすることができません。</p> <p>この決定に対する取消訴訟は、国を被告として（訴訟において国を代表する者は法務大臣となります。）。この決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。ただし、決定があった日から1年を経過した場合は、提起することができません。</p> <p>なお、厚生労働大臣に対して審査請求をした場合には、この決定に対する取消訴訟は、審査請求に対する裁決を経る前又はその審査請求に対する裁決の通告を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。ただし、裁決があった日から1年を経過した場合は、提起することができません。</p>
<p style="text-align: center;">不支給決定/変更決定の理由</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	