

様式第4号

第 号
(元号) 年 月 日

殿

労働局長

(新規) 交付 交付
アフターケア手帳の 申請に係る 決定通知書
更新 不交付

(元号) 年 月 日に貴殿から行われた標記の申請については、下記のとおり決定いたしましたので通知します。

記

- ・別添のとおり、下記傷病名に係るアフターケア手帳を_____します。

対象傷病名 _____

- ・以下の理由によりアフターケア手帳の_____が認められません。

理由

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、当局まで照会して下さい。

また、所轄局長から返還を求められた場合を除き、手帳の更新を受けた場合でも、前回交付された手帳の返納は必要ありません。

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。

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。

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送達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。