番　号

年　月　日

医療的ケア保留通知書

　保護者　様

益城町長

　年月日付けで実施申込みがありましたこのことについて、保育施設での受入れが難しい状況でしたので、保留となりました。

記

受入れ保留施設名：

受入れ開始年月日：

教示

　本決定に不服があるときは、受領した日の翌日から起算して３か月以内に、審査請求をすることができます。また、決定の取消しを求める訴えをする場合は、決定があったことを知った日から６か月以内に、町長を被告として当該訴えを提起することができます。

　ただし、正当な理由がない限り、決定の日から１年を経過したときは、提起することができません。