

## 宮古島市介護保険福祉用具購入費及び住宅改修費の受領委任払いに関する要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、介護保険法(平成9年法律第123号。以下「法」という。)第44条第1項に規定する居宅介護福祉用具購入費及び法第56条第1項に規定する介護予防福祉用具購入費(以下「福祉用具購入費」という。)並びに法第45条第1項に規定する居宅介護住宅改修費及び法第57条第1項に規定する介護予防住宅改修費(以下「住宅改修費」という。)の支給について、法第41条第1項に規定する居宅要介護被保険者及び法第53条第1項に規定する居宅要支援被保険者(以下「居宅要介護等被保険者」という。)の一時的な費用負担を軽減するため、居宅要介護等被保険者に対して支給される福祉用具購入費又は住宅改修費の受領に関する権限を、法第44条第1項に規定する特定福祉用具若しくは法第56条第1項に規定する特定介護予防福祉用具の販売を行う者又は法第45条第1項に規定する居宅介護住宅改修若しくは法第57条第1項に規定する介護予防住宅改修の施工を行う者(以下「事業者」という。)に委任すること(以下「受領委任払い」という。)に関し必要な事項を定めるものとする。

(対象者)

第2条 居宅要介護等被保険者は、事業者から同意を得た上で受領委任払いを利用することができる。ただし、次の各号のいずれかに該当するときは、受領委任払いを利用することができないものとする。

- (1) 法第66条第1項又は第2項の規定により支払方法変更の記載を受けているとき。
- (2) 法第67条第1項又は第2項の規定により保険給付の全部又は一部の支払の一時差止めがなされているとき。
- (3) 法第69条第1項の規定により被保険者証に保険給付差止めの記載を受けているとき。
- (4) 法第69条第1項の規定により被保険者証に給付額減額等の記載を受けているとき。
- (5) 医療機関又は介護保険施設等に入院中又は入所中であるとき(退院し、又は退所する予定の者を除く。)

(自己負担)

第3条 受領委任払いにより福祉用具購入費又は住宅改修費を受給する居宅要介護等被保険者は、当該福祉用具購入又は住宅改修に要する費用の100分の10(一定以上の所得がある者にあつては、100分の20又は100分の30)の額を自己負担しなければな

らない。ただし、福祉用具購入費又は住宅改修費それぞれの利用限度額を超えて要した費用及び介護給付の対象とならない費用については、居宅要介護等被保険者が全額自己負担するものとする。

- 2 前項の場合において、対象となる介護給付費の算定に係る自己負担額に1円未満の端数があるときは、これを切り上げるものとする。

(事業者登録)

第4条 受領委任払いの取扱いを受けようとする事業者は、次に掲げる要件を満たした上で、あらかじめ市の登録(以下「事業者登録」という。)を受けるものとする。

- (1) 宮古島市内に事務所又は事業所があること。
- (2) 福祉用具購入費については、沖縄県知事が指定する特定福祉用具販売事業者及び特定介護予防福祉用具販売事業者であること。

- 2 事業者登録を受けようとする事業者は、受領委任払い事業者登録申請書(様式第1号)により市長に申請するものとする。

- 3 市長は、前項の規定による申請があったときは、その内容を審査の上、登録の可否を決定し、受領委任払い事業者登録決定(却下)通知書(様式第2号)により事業者に通知するものとする。

(事業者の責務)

第5条 前条の規定により事業者登録を受けた事業所(以下「登録事業者」という。)は、法その他の関係法令等を遵守し、居宅要介護等被保険者の心身状況等に応じた適切なサービスの提供を行うよう努めるものとする。

- 2 登録事業者は、居宅要介護等被保険者の福祉用具購入費又は住宅改修費のサービスの提供に当たっては、市、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所その他関係機関との連携に努めるものとする。

- 3 登録事業者は、正当な理由なく受領委任払いの利用を拒否してはならないものとする。

(変更の届出)

第6条 登録事業者は、事業所の名称及び所在地その他の登録事項に変更があったときは、速やかに受領委任払い事業者登録事項変更届出書(様式第3号)により市長に届け出るものとする。

- 2 登録事業者は、事業者登録を廃止しようとするときは、速やかに受領委任払い事業者登録廃止届出書(様式第4号)により市長に届け出るものとする。

(事業者登録の取消し)

第7条 市長は、登録事業者が次の各号のいずれかに該当するときは、事業者登録を取り消すことができる。

- (1) 不正な手段により事業者登録を受けたとき。
- (2) 福祉用具購入費又は住宅改修費の請求に関し不正があったとき。
- (3) 第5条の規定に著しく違反したとき。
- (4) その他市長が登録事業者として不相当であると認めるとき。

2 市長は、前項の規定により事業者登録を取り消したときは、受領委任払い事業者登録取消通知書(様式第5号)により当該事業所に通知するものとする。

(支給申請)

第8条 受領委任払いにより福祉用具購入費又は住宅改修費の支給を受けようとする居宅要介護等被保険者は、第2条に規定する要件を満たした上で、介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書(受領委任払い用)(様式第6号)又は介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費支給申請書(受領委任払い用)(様式第7号)に必要な書類を添えて、市長に提出するものとする。

(支給の決定及び支払)

第9条 市長は、前条の規定による申請があった場合は、速やかにその内容を審査し、支給を決定したときは、介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給(不支給)決定通知書(様式第8号)又は介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費支給(不支給)決定通知書(様式第9号)により、通知するものとする。

2 市長は、前項の規定により支給を決定したときは、当該申請に係る福祉用具購入費又は住宅改修費を、当該申請に係る登録事業者に支払うものとする。

3 前項の規定による支払があったときは、居宅要介護等被保険者に対し、福祉用具購入費又は住宅改修費の支給があったものとみなす。

(返還)

第10条 市長は、登録事業者が偽りその他不正の手段により、福祉用具購入費又は住宅改修費を受領したときは、当該登録事業者に対し支払を受けた当該福祉用具購入費又は住宅改修費の全部又は一部を返還させることができる。

(雑則)

第11条 この要綱に定めるもののほか、この要綱の施行に関し必要な事項は、市長が定

める。

附 則

この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

(福祉用具購入費・住宅改修費)受領委任払い事業者登録申請書

※太枠内を記入してください。

登録番号

|                   |                                     |  |  |       |                       |    |                  |      |    |  |  |  |
|-------------------|-------------------------------------|--|--|-------|-----------------------|----|------------------|------|----|--|--|--|
| フリガナ<br>事業所名称     |                                     |  |  |       |                       |    |                  |      |    |  |  |  |
| 事業所所在地            | 〒                                   |  |  |       |                       |    |                  |      |    |  |  |  |
| 電話番号              |                                     |  |  |       | FAX番号                 |    |                  |      |    |  |  |  |
| 登録項目<br>(○を付ける)   | 福祉用具購入費 ・ 住宅改修費 ・ 両方(福祉用具購入費と住宅改修費) |  |  |       |                       |    |                  |      |    |  |  |  |
| 資格者の有無<br>(※注1)   | 福祉住環境コーディネーター2級以上の資格者 有( )人 ・ 無     |  |  |       |                       |    |                  |      |    |  |  |  |
|                   | 氏名                                  |  |  | 等級    |                       | 氏名 |                  |      | 等級 |  |  |  |
|                   |                                     |  |  | 級     |                       |    |                  |      | 級  |  |  |  |
|                   |                                     |  |  | 級     |                       |    |                  |      | 級  |  |  |  |
| 受領委任払いに<br>係る登録口座 | 銀行・農協<br>金庫・漁協                      |  |  |       | 本店・支店<br>本所・支所<br>出張所 |    | 種目               | 口座番号 |    |  |  |  |
|                   | 金融機関コード                             |  |  | 店舗コード |                       |    | 1 普通預金<br>2 当座預金 |      |    |  |  |  |
|                   |                                     |  |  |       |                       |    |                  |      |    |  |  |  |
|                   | フリガナ<br>口座名義人                       |  |  |       |                       |    |                  |      |    |  |  |  |

宮古島市長 様

上記のとおり受領委任払いに係る事業者登録を受けたいので、宮古島市介護保険福祉用具購入費及び住宅改修費の受領委任払いに関する要綱(以下「要綱」という。)第4条第2項の規定により申請します。

また、登録後は要綱及び関係法令を遵守し、適切なサービスの提供を行うことを誓約します。

年 月 日

事業所所在地

事業所名称

申請者

代表者氏名

印

県指定登録

事業者番号

(※注2)



様

宮古島市長

受領委任払い事業者登録決定(却下)通知書

年 月 日付で申請のありました受領委任払い事業者登録について、下記のとおり決定(却下)しましたので、宮古島市介護保険福祉用具購入費及び住宅改修費の受領委任払いに関する要綱第4条第3項の規定により通知します。

記

| 決定内容   | 決 定 ・ 却 下                       |
|--------|---------------------------------|
| 登録項目   | 福祉用具購入費・住宅改修費・両方(福祉用具購入費・住宅改修費) |
| 登録番号   |                                 |
| 事業所所在地 |                                 |
| 事業所名称  |                                 |
| 代表者氏名  |                                 |
| 電話番号   |                                 |
| 登録年月日  |                                 |
| 備 考    | 却下の場合、その理由<br>( )               |

(福祉用具購入費・住宅改修費)受領委任払い事業者登録事項変更届出書

※太枠内を記入してください。

|                      |                  |      |  |                       |  |               |                  |      |  |                       |  |  |                             |
|----------------------|------------------|------|--|-----------------------|--|---------------|------------------|------|--|-----------------------|--|--|-----------------------------|
| 登録番号                 |                  |      |  |                       |  |               |                  |      |  |                       |  |  | (※注)登録番号が分からない場合は空欄にしてください。 |
| 変更があった事項<br>(該当項目に○) | 変更前              |      |  |                       |  |               | 変更後              |      |  |                       |  |  |                             |
| 1 フリガナ<br>事業所名称      |                  |      |  |                       |  |               |                  |      |  |                       |  |  |                             |
| 2 事業所所在地             | 〒                |      |  |                       |  |               |                  |      |  |                       |  |  |                             |
| 3 代表者氏名              |                  |      |  |                       |  |               |                  |      |  |                       |  |  |                             |
| 4 電話番号               |                  |      |  |                       |  |               |                  |      |  |                       |  |  |                             |
| 5 受領委任払いに係る登録口座      | 銀行・農協<br>金庫・漁協   |      |  | 本店・支店<br>本所・支所<br>出張所 |  |               | 銀行・農協<br>金庫・漁協   |      |  | 本店・支店<br>本所・支所<br>出張所 |  |  |                             |
|                      | 金融機関コード          |      |  | 店舗コード                 |  |               | 金融機関コード          |      |  | 店舗コード                 |  |  |                             |
|                      |                  |      |  |                       |  |               |                  |      |  |                       |  |  |                             |
|                      | 種目               | 口座番号 |  |                       |  |               | 種目               | 口座番号 |  |                       |  |  |                             |
|                      | 1 普通預金<br>2 当座預金 |      |  |                       |  |               | 1 普通預金<br>2 当座預金 |      |  |                       |  |  |                             |
| フリガナ<br>口座名義人        |                  |      |  |                       |  | フリガナ<br>口座名義人 |                  |      |  |                       |  |  |                             |
| 6 その他                |                  |      |  |                       |  |               |                  |      |  |                       |  |  |                             |

宮古島市長 様

上記のとおり受領委任払いに係る事業者登録事項に変更がありましたので、宮古島市介護保険福祉用具購入費及び住宅改修費の受領委任払いに関する要綱第6条第1項の規定により届け出ます。

年 月 日

事業所所在地

届出者 事業所名称

代表者氏名

印



(福祉用具購入費・住宅改修費)受領委任払い事業者登録廃止届出書

※太枠内を記入してください。

|                 |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                             |
|-----------------|-------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------------------|
| 登録番号            |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (※注)登録番号が分からない場合は空欄にしてください。 |
| 登録項目<br>(○を付ける) | 福祉用具購入費 ・ 住宅改修費 ・ 両方(福祉用具購入費と住宅改修費) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                             |
| フリガナ<br>事業所名称   |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                             |
| 事業所所在地          |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                             |
| 代表者氏名           |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                             |
| 電話番号            |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                             |
| 廃止年月日           |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                             |
| 廃止の理由           |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                             |

宮古島市長 様

上記のとおり受領委任払いに係る事業者登録を廃止しますので、宮古島市介護保険福祉用具購入費及び住宅改修費の受領委任払いに関する要綱第6条第2項の規定により届け出ます。

年 月 日

事業所所在地

届出者 事業所名称

代表者氏名

印



様

宮古島市長

受領委任払い事業者登録取消通知書

受領委任払い事業者登録について、下記のとおり登録を取り消しましたので、宮古島市介護保険福祉用具購入費及び住宅改修費の受領委任払いに関する要綱第7条第2項の規定により通知します。

記

|        |  |
|--------|--|
| 登録番号   |  |
| 事業所所在地 |  |
| 事業所名称  |  |
| 代表者氏名  |  |
| 電話番号   |  |
| 登録年月日  |  |
| 取消理由   |  |

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書(受領委任払い用)

※太枠内を記入してください。

|  |  |                |              |                |       |  |  |
|--|--|----------------|--------------|----------------|-------|--|--|
| フリガナ   |  |                | 保険者番号        |                |       |  |  |
| 被保険者氏名   |  |                | 被保険者番号       |                |       |  |  |
| 住 所  | 〒  |                | 生年月日         | 年 月 日          |       |  |  |
|  |  |                | 電話番号         |                |       |  |  |
| 要介護度   | 要介護( )   | 認定期間           | 年 月 日～ 年 月 日 |                |       |  |  |
|  | 要支援( )   |                |              |                |       |  |  |
| 種<br>目   | <input type="checkbox"/> 腰掛け便座<br><input type="checkbox"/> 特殊尿器<br><input type="checkbox"/> 入浴補助用具<br><input type="checkbox"/> 簡易浴槽<br><input type="checkbox"/> 移動用リフト<br>のつり具部分 | 商品名<br>(型式含む。) |              |                |       |  |  |
|  |  | 製造業者名          |              |                |       |  |  |
|  |  | 販売業者名          |              |                | 事業者番号 |  |  |
|  |  | 購入日            | 年 月 日        | 購入金額<br>(販売金額) | 円     |  |  |
|  |  |                |              |                |       |  |  |
| 種<br>目   | <input type="checkbox"/> 腰掛け便座<br><input type="checkbox"/> 特殊尿器<br><input type="checkbox"/> 入浴補助用具<br><input type="checkbox"/> 簡易浴槽<br><input type="checkbox"/> 移動用リフト<br>のつり具部分 | 商品名<br>(型式含む。) |              |                |       |  |  |
|  |  | 製造業者名          |              |                |       |  |  |
|  |  | 販売業者名          |              |                | 事業者番号 |  |  |
|  |  | 購入日            | 年 月 日        | 購入金額<br>(販売金額) | 円     |  |  |
|  |  |                |              |                |       |  |  |
| 宮古島市長 様<br><br>上記のとおり必要書類を添えて居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給を申請します。<br>なお、本申請に基づく給付金の受領に関する権限については、下記の事業者に委任します。<br><br>年 月 日<br><br>申請者 住所<br>兼委任者<br>(※注1) 氏名 印 |  |                |              |                |       |  |  |

この申請書による上記被保険者の給付金の受領権限について、当事業者が受任することを承諾します。

|              |            |   |  |               |  |
|--------------|------------|---|--|---------------|--|
| 事業者<br>(受任者) | 事業所<br>所在地 |   |  |               |  |
|              | 事業所<br>名称  |   |  | 電話番号          |  |
|              | 代表者氏名      | 印 |  | 登録番号<br>(※注2) |  |

(備考)

・この申請書には、福祉用具を購入する理由書や領収書、請求書等、申請に必要な書類を添付してください。

(※注1) 申請者氏名は必ず本人(被保険者)としてください。本人が記入できない場合は代筆し、余白部分にその旨を記載してください。

(※注2) 登録番号が分からない場合は、空欄としてください。

※以下は市記載欄ですので記入の必要はありません。

|      |           |         |              |          |          |  |
|------|-----------|---------|--------------|----------|----------|--|
| 要介護度 | 要介護( )    | 認定期間    | 年 月 日～ 年 月 日 |          |          |  |
|      | 要支援( )    |         |              |          |          |  |
| 未納   | 生保(開始年月日) | 事前給付歴   | 購入額(円)       | 自己負担額(円) | 支給決定額(円) |  |
| 有・無  | 有・無       | 有・無     | 円            | 円        | 円        |  |
| 給付制限 | ( )       |         |              |          |          |  |
| 有・無  | 委任状       | 購入種目    | 領収書年月日       | 整理番号     |          |  |
| 申請書  | 領収書       | 理由書・プラン | パンフ          | 入力日      |          |  |

介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費支給申請書(受領委任払い用)

※太枠内を記入してください。

|  |                    |        |              |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--------------------|--------|--------------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| フリガナ<br>被保険者氏名   |                    |        | 保険者番号        |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |                    |        | 被保険者番号       |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住 所  | 〒                  |        | 生年月日         | 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |                    |        | 電話番号         |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住宅の所有者   | 本人との関係( )          |        |              |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 要介護度   | 要支援( )             | 認定期間   | 年 月 日～ 年 月 日 |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 要介護( )             |        |              |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 改修の内容・<br>箇所及び規模   | 内容                 | 箇所及び規模 | 着工日          | 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 1 手すりの取付け          |        | 業者名          |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 2 段差の解消            |        |              |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 3 床又は通路面の<br>材料の変更 |        |              |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 4 引き戸等への扉<br>の取替え  |        |              |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 5 洋式便器等への便器の取替え    |        | 完成日          | 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 上記( )に係る附帯工事   |                    |        |              |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 改修費用<br>(保険対象額)  | 円 ( ) 円            |        |              |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>宮古島市長 様</p> <p>上記のとおり必要書類を添えて居宅介護(介護予防)住宅改修費の支給を申請します。<br/>                 なお、本申請に基づく給付金の受領に関する権限については、下記の事業者委任します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所<br/>                 兼委任者<br/>                 (※注1) 氏名 印</p> |                    |        |              |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

この申請書による上記被保険者の給付金の受領権限について、当事業者が受任することを承諾します。

|              |            |   |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |
|--------------|------------|---|--|--|--|--|--|--|---------------|--|--|--|--|
| 事業者<br>(受任者) | 事業所<br>所在地 |   |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |
|              | 事業所<br>名称  |   |  |  |  |  |  |  | 電話番号          |  |  |  |  |
|              | 代表者氏名      | 印 |  |  |  |  |  |  | 登録番号<br>(※注2) |  |  |  |  |

(備考)

・この申請書には、住宅改修を要する理由書や領収書、請求書等、申請に必要な書類を添付してください。

(※注1) 申請者氏名は必ず本人(被保険者)としてください。本人が記入できない場合は代筆し、余白部分にその旨を記載してください。

(※注2) 登録番号が分からない場合は、空欄としてください。

※以下は市記入欄ですので記入の必要はありません。

|      |           |         |              |          |          |  |  |  |  |  |  |  |
|------|-----------|---------|--------------|----------|----------|--|--|--|--|--|--|--|
| 要介護度 | 要支援( )    | 認定期間    | 年 月 日～ 年 月 日 |          |          |  |  |  |  |  |  |  |
|      | 要介護( )    |         |              |          |          |  |  |  |  |  |  |  |
| 未納   | 生保(開始年月日) | 事前給付歴   | 改修額(円)       | 自己負担額(円) | 支給決定額(円) |  |  |  |  |  |  |  |
| 有・無  | 有・無       | 有・無     | 円            | 円        | 円        |  |  |  |  |  |  |  |
| 給付制限 | ( )～( )   |         |              |          |          |  |  |  |  |  |  |  |
| 有・無  | 委任状       | 改修種目    | 領収書年月日       | 整理番号     |          |  |  |  |  |  |  |  |
| 申請書  | 領収書       | 理由書・プラン |              |          | 入力日      |  |  |  |  |  |  |  |

住所  
氏名 様

宮古島市長

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給(不支給)決定通知書

さきに支給申請のありました介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給については、下記のとおり決定しましたので宮古島市介護保険福祉用具購入費及び住宅改修費の受領委任払いに関する要綱第9条の規定により通知します。

記

|       |             |        |       |
|-------|-------------|--------|-------|
| 氏名    |             | 被保険者番号 |       |
| 受付年月日 | 年 月 日       | 決定年月日  | 年 月 日 |
| 購入費用  | 円           |        |       |
| 給付の種類 | 福祉用具<br>購入費 |        |       |
| 支給金額  | 円           |        |       |
| 不支給理由 |             |        |       |

※支給金額については、受領委任払いであるため事業者を支払われます。

○不服の申立

教示

- この処分に不服がある場合は、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箇月以内に宮古島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ヶ月以内であっても、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)。
- 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の翌日から起算して6箇月以内に、市を被告として(訴訟において市を代表する者は市長となります。)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箇月以内であっても、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)。

年 月 日

住所

氏名

様

宮古島市長

介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費支給(不支給)決定通知書

さきに支給申請のありました介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費の支給については、下記のとおり決定しましたので宮古島市介護保険福祉用具購入費及び住宅改修費の受領委任払いに関する要綱第9条の規定により通知します。

記

|       |       |        |       |
|-------|-------|--------|-------|
| 氏名    |       | 被保険者番号 |       |
| 受付年月日 | 年 月 日 | 決定年月日  | 年 月 日 |
| 購入費用  | 円     |        |       |
| 給付の種類 | 住宅改修費 |        |       |
| 支給金額  | 円     |        |       |
| 不支給理由 |       |        |       |

※支給金額については、受領委任払いであるため事業者を支払われます。

○不服の申立

教示

- この処分に不服がある場合は、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箇月以内に宮古島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箇月以内であっても、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)。
- 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の翌日から起算して6箇月以内に、市を被告として(訴訟において市を代表する者は市長となります。)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箇月以内であっても、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)。