

(身体障害者 知的障害者 児童)
居宅生活支援費支給決定・利用者負担額決定通知書

文 書 番 号
平成 年 月 日

〒 -
〇市(町・村)

〇〇 〇〇 様

〇〇市(町村)長

印

(身体障害者福祉法第17条の5 知的障害者福祉法第15条の6 児童福祉法第21条の11)の規定に基づき居宅生活支援費の支給について、下記のとおり決定し、居宅受給者証を交付しますので通知します。

記

居宅受給者証番号		支給決定障害者(保護者)氏名	
支給決定日		支給決定に係る児童氏名	
支給期間			
居宅生活支援の種類	区分	支給量	利用者負担額
			本人 扶養義務者
居宅介護			
デイサービス			
短期入所			
知的障害者地域生活援助			

利用者負担額 扶養義務者分対象者	居住地	
	氏名	続柄

不服の申立て

この決定に不服がある場合には、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に、〇〇市(町村)長に対して異議申立てをすることができます。

問い合わせ先

〇〇市(町村)△△△課
住所
電話番号