

(身体障害者 知的障害者 児童)
居宅生活支援費扶養義務者分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)の規定に基づく支給決定に係る扶養義務者として認定し、あなたが負担すべき費用の額を下記のとおり決定しましたので、通知します。

記

利用者負担額 扶養義務者分対象者	居住地 氏 名		続柄	
---------------------	------------	--	----	--

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				
			扶養義務者	本 人			
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							

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