

(身体障害者 知的障害者)

施設訓練等支援費支給決定・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11 知的障害者福祉法第15条の12)の規定に基づき施設訓練等支援費の支給について、下記のとおり決定し、施設受給者証を交付しますので通知します。

記

施設受給者証番 号																		支給決定障害者氏名	
支給決定日																			
支給期間																			
施設訓練等支援の種類																			
障害程度区分																			
利用者負担額(本人)																			
利用者負担額(扶養義務者)																			

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