

# 施設支給決定取消通知書

文 書 番 号  
平成 年 月 日

〒 \_\_\_\_\_  
市 ( 町 ・ 村 ) \_\_\_\_\_  
様

市 ( 町 村 ) 長



〔 身体障害者福祉法第 1 7 条の 1 3 第 1 項  
知的障害者福祉法第 1 5 条の 1 4 第 1 項 〕 の規定により、あなたの施設支給決定を取り消しました  
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	
支給決定取消日			
取 消 理 由			

施設受給者証を 市 ( 町 村 ) 障害福祉課に返還してください。

返 還 先 市 ( 町 村 ) 障害福祉課  
住所  
電話番号

返還期限 平成 年 月 日

### 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 6 0 日以内に、市 ( 町 村 ) 長に対して異議申立てをすることができます。