

(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

〒 -
市 (町・村)

様

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、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

市 (町村) 障害福祉課
住所
電話番号