

(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

〒 -
市 (町 ・ 村)

様

市 (町 村) 長



(身体障害者福祉法第 1 7 条の 5 知的障害者福祉法第 1 5 条の 6 児童福祉法第 2 1 条の 1 1) 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 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。

問い合わせ先

市 (町 村) 障害福祉課
住所
電話番号