

(身体障害者 知的障害者 児童)
特例居宅生活支援費支給(不支給)決定通知書

〒 -
市(町村)

様

文 書 番 号
平成 年 月 日

市(町村)長

印

先に申請のありました特例居宅生活支援費については、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

居宅受給者証番号	申請者氏名
----------	-------

受付年月日	平成 年 月 日	決定年月日	平成 年 月 日
特例居宅生活支援費支払額	円		
基準該当居宅支援の種類			
支給	する	しない	支給金額 円
不支給・減額の理由			

振込先

金融機関			
口座種目	1 普通	2 当座	3 その他
口座番号			
口座名義人			

不服の申立て

この決定について不服があるときは、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