

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17条の13第1項
知的障害者福祉法第15条の14第1項〕の規定により、下記のとおり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) _____ 課に返還してください。

返 還 先 市(町村) _____ 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。