

(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			
居宅生活支援の種類	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) 課
住所
電話番号