

居宅支給決定取消通知書

文 書 番 号
平成 年 月 日

〒
〇市（町・村）

〇〇 〇〇 様

〇〇市（町村）長

印

〔身体障害者福祉法第 1 7 条の 8 第 1 項
知的障害者福祉法第 1 5 条の 9 第 1 項
児童福祉法第 2 1 条の 1 4 第 1 項〕

の規定により、下記のとおり居宅支給決定を取り消しま

したので通知します。

記

居宅受給者証 番 号		支給決定障害者 (保護者) 氏名	
支給決定取消日		支給決定に係る 児 童 氏 名	
取 消 理 由			

居宅受給者証を〇〇市（町村）△△△△課に返還してください。

返 還 先 〇〇市（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、〇〇市（町村）長に対して異議申立てをすることができます。