

施設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。