

(身体障害者 知的障害者)
施設訓練等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

〒 -
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11 知的障害者福祉法第15条の12)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	

施設受給者証番 号	支給決定障害者 氏名	
支給決定日			
支給期間			
施設訓練等支援の種類			
障害程度区分			
利用者負担額 (扶養義務)			
利用者負担額 (本人)			

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。

問い合わせ先

〇〇市 (町村) △△△△課
住所
電話番号