

不支給決定通知書

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

年 月 日に申請された(身体障害者 知的障害者 児童)(居宅生活支援費 施設訓練等支援費)の支給については、下記の理由により不支給とすることに決定しましたので通知します。なお、この決定に不服があるときは、この通知書を受け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。

記

1 申請事項

2 不支給の理由

問い合わせ先

〇〇市(町村) △△△△課

住所

電話番号