

(身体障害者 知的障害者 児童)
特例居宅生活支援費支給(不支給)決定通知書

文 書 番 号
平成 年 月 日

〒 ー
〇〇市(町村)

〇〇 〇〇 様

〇〇市(町村)長

印

先に申請のありました特例居宅生活支援費については、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

居宅受給者証番号		申請者氏名	
----------	--	-------	--

受付年月日	平成 年 月 日	決定年月日	平成 年 月 日
特例居宅生活支援費申請額	円		
支給決定の内容			
支 給	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	支給金額	円
不支給・減額の理由			

不服の申立て

この決定について不服があるときは、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