様式第10号(第6条関係)

職親委託決定通知書

第　　　　号

年　月　日

　　　　　　　　　　様

小野町長　　　　　印

　　知的障害者福祉法に基づき、下記のとおり職親委託の措置を決定したので通知します。

記

1　被委託者　　住所

　　　　　　　氏名

　　　　　　　生年月日　　　　年　　月　　日(男・女)

2　職親　　住所

　　　　　　　氏名

3　委託期間　　　　　　年　　月　　日から

　　　　　　　　　　　年　　月　　日まで

4　職親委託の条件

(1)　職親の指導訓練の場所及び住込み・通いの別

(2)　職親の指導訓練の事項

(3)　町長は職親に対して、必要の都度援護の実態につき、視察し、指導及び勧告をすることができる。

(4)　職親に委託された者に要する医療費については、町長は負担の義務を有しない。

(5)　委託費用は、各四半期末毎に支払うものとする。ただし、処遇促進費については委託した日の属する月に支払うものとする。

|  |
| --- |
| 教　　示１　この決定について不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して６０日以内に異議申し立てをすることができます。２　この決定の取消しを求める訴えをする場合は、この決定のあったことを知った日から６か月以内に、小野町長を被告として当該訴えを提起することができます。ただし、正当な理由がない限り、この決定の日から１年を経過したときは、提起することができません。 |