様式第46号（第35条関係）

〒883-

椎葉村

様

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （身体障害者　知的障害者）  施設訓練等支援利用者負担額変更通知書  文書番号  年　　月　　日  椎葉村長  施設訓練等支援利用者負担額について下記のとおり変更しましたので、現在お持ちの受給者証とこの通知を持って　　年　　月　　日までに椎葉村福祉保健課福祉係窓口までお越しください。  記 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 施設受給者証番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 支給決定障害者氏名 |  | | |  |
| 適用期間 | 年　　月　　日から　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | |  |
| 施設訓練等支援の種類及び内容 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 障害程度区分 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者負担額(本人)  （月額） |  | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者負担額（扶養義務者）（月額） |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 利用者負担額扶養義務者分対象者 | 居住地 | | | |  | | | | | | | | | |  |
| 氏名 | | | |  | | | | | | | | 続柄 |  |
| 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、椎葉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  椎葉村福祉保健課  住所：〒883-1601　椎葉村大字下福良1762-1  電話番号：0982―68―7513 | | | | | | | | | | | | | | | | |