様式第9号（第9条関係）

〒883―

椎葉村大字

様

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （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  年　　月　　日  椎葉村長  （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及び内容 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害程度区分 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者負担額（扶養義務者）　（月額） |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者負担額(本人)  （月額） |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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  椎葉村福祉保健課福祉係  住所：〒 883-1601　　椎葉村大字下福良1762―1  電話番号：0982―68―7513 | | | | | | | | | | | | | | | | | |