（様式第２号）

移動支援事業利用決定通知書

文書番号

〒　　　-

椎葉村

○○ ○○ 様

年 月 日

印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 椎葉村長

　　年　　月　　日に申請のありました移動支援事業利用申請について、椎葉村移動支援事業実施要綱第５条の規定に基づき、下記のとおり決定したので通知します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利　用　決　定  番　　　　　号 | |  | | 利用決定障がい者  （保護者）氏名 |  | |
| 利用決定年月日 | |  | | 利用決定に係る  障がい児氏名 |  | |
| 利用者負担上限月額 | | 円 | | 左の上限月額の  適用期間 |  | |
|  | | | | | | |
| 利用決定内容 | サービスの種類 | | 支援の内容及び利用量 | | | 有効期間 |
|  | |  | | |  |