第　　　　号

様式第２号（第２条関係）

年 月 日

　　　　　　　　　　　　様

宇美町長

（介護給付費・訓練等給付費・特定障害者特別給付費・地域相談支援給付費）（支給・給付）決定通知書兼利用者負担額減額・免除等決定通知書

　　　　年　月　日に申請のありました（介護給付費・訓練等給付費・特定障害者特別給付費・地域相談支援給付費）の支給（及び利用者負担額減額・免除等）について、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（第２２条及び第２９条・第３４条・第５１条の７及び第５１条の１４）の規定に基づき下記のとおり決定し、受給者証を交付しますので通知します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 障害福祉サービス  受給者証番号 | | |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  | 地域相談支援  受給者証番号 | |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |
| 支給（給付）決定障害者  （保護者）氏名 | | |  | | | | | | | | | | | | 支給決定に係る  児童氏名 | |  | | | | | | | | | | | |
| 障害支援  区分 | |  | | | | 支給（給付）決定年月日 | | | | | |  | | | | 障害支援区分の  有効期間 | | | | | | |  | | | | | |
| 支給（給付）決定内容 | サービスの種類 | | | | | | | | 支援の内容及び支給（給付）量 | | | | | | | | | | | 有効期間 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 特記事項 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者負担上限月額 | | | 円 | | | | | | | | | | | | 左の上限月額の  適用期間 | |  | | | | | | | | | | | |
| 特定障害者特別給付費  (施設入所支援) | | | 日額　　　　　　　　　円 | | | | | | | | | | | | 左の給付費の  適用期間 | |  | | | | | | | | | | | |
| 特定障害者特別給付費  (共同生活援助・  重度障害者等包括支援) | | | 月額　　　　　　　　　円 | | | | | | | | | | | | 左の給付費の  適用期間 | |  | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 療養介護医療 | 公費負担者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 公費受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 療養介護医療（食事療養（生活療養）を除く）の負担上限月額 | 月額　　　　　　　　　　円 | | | | | | | | 食事療養（生活療養）の負担上限月額 | 月額　　　　　　　　　　　円 | | | | | | | |
| 上限額の  適用期間 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |

（教示）

問合せ先　宇美町役場　　　　　課

住所　福岡県糟屋郡宇美町宇美５丁目１番１号

電話番号　092-932-1111