第　　　号

様式第７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）支給変更決定通知書兼利用者負担額減額・免除等変更決定通知書

　　　　　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）の支給変更（及び利用者負担額減額・免除等の変更）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）の規定に基づき下記のとおり決定し、通知します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者証  番　　　　号 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | 支給決定障害者  （保護者）氏　名 |  |
| 変更年月日 |  | | | | | | | | | | | 支給決定に係る  児童氏名 |  |
| 変更の内容 | 変更前 | | | |  | | | | | | | | |
| 変更後 | | | |  | | | | | | | |  |
| 特　記　事　項 |  | | | | | | | | | | | | |

　　受給者証を宇美町役場　　　　　課に提出してください。ただし、既に受給者証を提出されている方は、不要です。

　　提出期限　　　年　　月　　日

（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