第　　　　号

様式第44号（第６条関係）

１）

 年 月 日

　　　　　　　　　　　　様

宇美町長

障害児通所給付費支給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障害児通所給付費の支給（及び利用者負担額減額・免除等）について、児童福祉法第２１条の５の３及び第２１条の５の７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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者証番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 通所給付決定保護者氏名 |  |
| 給付決定年月日 |  | 給付決定に係る障害児氏名 |  |
| 負担上限月額 | 円 | 左の上限月額の適用期間 |  |
| 多子軽減対象 |  |  |
| 給付決定内容 | 通所支援の種類 | 支給量 | 有効期間 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 肢体不自由児通所医療 | 公費負担者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 公費受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 肢体不自由児通所医療（食事療養を除く）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