様式第３号（第５条関係）

家族介護支援事業給付決定通知書

第　　　　　号

年　　月　　日

　　　　　　　　　　様

八頭町長

　　年　　月　　日付けで申請のあった家族介護支援事業の給付について、次のとおり決定しましたので通知します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 給付対象者 | 住所 | 八頭町 |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 給付開始日 | 　　　　　年　　月　　日 |
| 給付する事業の種類と内容 |
| 給付条件等 |  |