様式第７号（第７条関係）

家族介護支援事業給付廃止（停止）決定通知書

第　　　　　号

年　　月　　日

　　　　　　　　　　様

八頭町長

　　年　　月　　日付け第　　号で決定した家族介護支援事業の給付について、次のとおり廃止・停止するので通知します。

|  |  |
| --- | --- |
| 給付対象者氏名 |  |
| 廃止の時期 | 年　　月　　日 |
| 停止の期間 | 年　　月　　日から　　年　　月　　日まで |
| 廃止（停止）理由 |  |
| （注）１　廃止事由が消滅した場合において、家族介護支援事業の給付を希望するときは、再び申請してください。  ２　停止事由が消滅したときは、直ちに申請してください。 | |