様式第８号（第７条関係）

家族介護支援事業給付停止解除通知書

第　　　　　号

年　　月　　日

　　　　　　　　　　様

八頭町長

　　年　　月　　日付け第　　号で停止した家族介護支援事業の給付について、次のとおり給付を開始しますので通知します。

|  |  |
| --- | --- |
| 給付対象者氏名 |  |
| 給付開始年月日 | 年　　月　　日 |
| 内容 |  |