様式第９号（第７条関係）

家族介護支援事業給付停止期間延長通知書

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、次のとおり停止期間を延長したので通知します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 給付対象者氏名 |  | |
| 停止期間 | 延長前 | 延長後 |
| 年　　月　　日  ～  　　年　　月　　日 | 年　　月　　日  ～  　　年　　月　　日 |
| 期間延長の理由 |  | |