

不支給決定通知書

文 書 番 号
平成 年 月 日

〒 -
〇市(町・村)

〇〇 〇〇 様

〇〇市(町村)長

印

年 月 日に申請された(身体障害者 知的障害者 児童)(居宅生活支援費 施設訓練等支援費)の支給については、下記の理由により不支給とすることに決定しましたので通知します。なお、この決定に不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して60日以内に、〇〇市(町村)長に対して異議申立てをすることができます。

記

1 申請事項

2 不支給の理由

問い合わせ先

〇〇市(町村)障害福祉課
住所
電話番号

(身体障害者 知的障害者 児童) 特例居宅生活支援費支給申請書

【平成 年 月分】

(あて先)〇〇市(町村)長

平成 年 月 日

下記のとおり、関係書類を添えて特例居宅生活支援費の支給を申請します。

フリガナ		居宅受給者証番号			
申請者名	印				
生年月日	明治 昭和	大正 平成	年 月 日	性別	男・女
支給決定に係る児童氏名		生年月日	昭和 平成	年 月 日	性別 男・女
居住地	〒 電話番号				
特例居宅生活支援費請求額	円				

(注意) この申請書に該当月分の領収証及びサービス提供証明書を添付してください。

上記に関する特例居宅生活支援費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振込依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 支所 出張所	種目	1 普通	2 当座	3 その他	
	金融機関コード		店舗コード		口座番号		
	フリガナ						
	口座名義人						

市町村記入欄

領収証 確認欄	サービス 提供証明書確認欄	備考

(身体障害者 知的障害者 児童)
特例居宅生活支援費支給 (不支給) 決定通知書

文 書 番 号
平成 年 月 日

〒	—
〇〇市 (町村)	
〇〇 〇〇 様	

〇〇市 (町村) 長



先に申請のありました特例居宅生活支援費については、下記のとおり決定しましたので通知します。
記

居宅受給者証番号		申請者氏名	
----------	--	-------	--

受付年月日	平成 年 月 日	決定年月日	平成 年 月 日
特例居宅生活支援費支払額	円		
基準該当居宅支援の種類			
支 給	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	支給金額	円
不支給・減額の理由			

振 込 先	
金 融 機 関	
座 種 目	1 普通 2 当座 3 その他
座 番 号	
座 名 義 人	

不服の申立て

この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に〇〇市 (町村) 長に対し異議申立てをすることができます。

問い合わせ先

〇〇市 (町村) 障害福祉課
住所
電話番号

(身体障害者 知的障害者 児童) 支給量変更申請書

(あて先) ○○市(町村)長

次のとおり申請します。

申 請 者	居宅受給者証番号		申請年月日	平成 年 月 日					
	フリガナ		生年月日	明治 昭和	大正 平成	年	月 日		
	氏 名		性 別	男 ・ 女					
	居 住 地								
サ ー ビ ス 利 用 の 状 況	フリガナ		生年月日	昭和 平成	年	月 日			
	支給決定に係る 児童氏名		性 別	男・女	続 柄				
サ ー ビ ス 利 用 の 状 況	居宅サービス	利用中のサービスの種類、内容等							
	施設サービス	利用中の施設支援の種類、内容等							
	介 護 保 険	要介護認定	有・無	要介護度	要支援・要介護	1	2	3	4
	変更を申請する 居宅支援の種類・内容	利用中のサービスの種類と内容等							
	変更を申請する理由								

