様式第１２号

**居宅生活支援費支給決定・利用者負担額決定通知書**

第　　　号

年 　月 　日

　　　　　　 　 　様

土佐清水市福祉事務所長　 

　身体障害者福祉法第17条の５の規定に基づき居宅生活支援費の支給について，下記のとおり決定し，居宅受給者証を交付しますので通知します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 居宅受給者証  番　　　　号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 支給決定  障害者氏名 | |  | |
| 支給決定日 | 平成　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | |
| 支給期間 | 平成　　年　　月　　日から平成　　年　　月　　日まで | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅支援の種類 | 居宅支援の内容 | | | | | | | | | | | 利用者負担額（月額） | | |
| 扶養義務者 | | 本　　人 |
| 居宅介護 |  | | | | | | | | | | |  | |  |
| デイサービス |  | | | | | | | | | | |  | |  |
| 短期入所 |  | | | | | | | | | | |  | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 特　記　事　項 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者負担額  扶養義務者分対象者 | 居住地 |  | | |
| 氏　名 |  | 続柄 |  |

不服の申立て

　　この決定に不服がある場合には，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，土佐清水市長に対して異議申立てをすることができます。

処分の取消しの訴え

　　処分の取消しの訴え（取消訴訟）は，この処分の通知を受けた日の翌日から起算して６ヵ月以内に，土佐清水市を被告として（訴訟において市を代表する者は市長となります。），提起することができます。なお，この処分を受けた日から６ヵ月以内であっても，処分の日から１年を経過すると，処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。

問い合わせ先

　　土佐清水市福祉事務所

　　　　土佐清水市天神町１１番２号

電話番号　０８８０－８２－１１１１