様式第１３号

**居宅生活支援費扶養義務者分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の規定に基づく支給決定に係る扶養義務者として認定し，あなたが負担すべき費用の額を下記のとおり決定しましたので，通知します。

記

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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　 |  |

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