様式第14号の２（第19条関係）

地域生活支援事業費用負担額減免決定通知書

(事業者用)

様

土佐清水市福祉事務所長

　　　　　　　　様より地域生活支援事業実施規則第１９条の規定により申請のありました負担額減免申請につきまして，下記のとおり決定となりましたので通知します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏名 |  | | | 電話番号 |  | |
| 住所 | 土佐清水市 | | | | | |
| 事業名 | | | 変更前 | | | 変更後 | |
| 負担額 | 負担上減額 | | 負担額 | 負担上限額 |
|  | | |  |  | |  |  |
|  | | |  |  |
|  | | |  |  |
|  | | |  |  |
|  | | |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 決定根拠 | 土佐清水市地域生活支援事業実施規則第１９条第１項第　　号  理由： (　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  理由がその他の場合 (　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ) |

|  |  |
| --- | --- |
| 適用期間 | 年 　　　　月　　～　　　　　　　　　年 　　　　月 |

※　適用期間は，減額等の決定の日の属する月の翌月より，利用決定を受けている期間の最終月までとする。