様式第14号(第12条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設支給決定取消通知書  文書番号  年　月　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 〒　　　―  ○市(町・村)  ○○　　○○　　　様 | | | | | | | | | | 国頭村長 | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 身体障害者福祉法第17条の13第1項  知的障害者福祉法第15条の14第1項 | | | | | | | | | | の規定により、下記のとおり施設支給決定を取り | | | | | | |
| 消しましたので通知します。  記 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 施設受給者証番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  | 支給決定障害者氏名 |  |  |
| 支給決定取消日 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 取消理由 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 施設受給者証を国頭村役場　　　　課に返還してください。  返還先　　国頭村役場　　　　課  住所　　　国頭村字辺土名121  電話番号　0980―41―2101(代)  返還期限　　　　年　　月　　日  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、国頭村長に対して異議申立てをすることができます。 | | | | | | | | | | | | | | | | |