様式第5号(第4条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (身体障害者　知的障害者)  施設訓練等支援費扶養義務者分利用者負担額決定通知書  文書番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 〒　　　―  ○市(町・村)  ○○　　○○　　　様 | | | | | | | | | 年　月　日  国頭村長 | | | | | | | | |
| (身体障害者福祉法第17条の11　知的障害者福祉法第15条の12)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 |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 施設受給者証番号 |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | 支給決定障害者氏名 |  | | |  |
| 支給決定日 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支給期間 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設支援の種類及び内容 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害程度区分 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者負担額  (扶養義務者)(月額) |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者負担額  (本人)(月額) |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。  問い合わせ先  国頭村役場　　　課  住所　　　国頭村字辺土名121  電話番号　0980―41―2101(代) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |