様式第8号(第6条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (身体障害者　知的障害者　児童)  特例居宅生活支援費支給(不支給)決定通知書 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 〒　　　―  ○○市(町村)  ○○　○○　様 | | | | | | | | | | | 文書番号  年　月　日  国頭村長 | | | |
| 先に申請のありました特例居宅生活支援費については、下記のとおり決定しましたので通知します。  記 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 居宅受給者証番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | 申請者氏名 |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 受付年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | 決定年月日 | 年　　月　　日 |  |
| 特例居宅生活支援費申請額 | 円 | | | | | | | | | | | | |
| 支給決定の内容 |  | | | | | | | | | | | | |
| 支給 | □　する　　□　しない | | | | | | | | | | | 支給金額 | 円 |
| 不支給・減額の理由 |  | | | | | | | | | | | | |
| 不服の申立て  この決定について不服があるときは、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) | | | | | | | | | | | | | | | |