様式第2号(第9条関係)

第　　　　　号

年　　月　　日

　様

身延町長

移動支援給付費支給承認（不承認）通知書

　年　月　日付けで申請のありました移動支援給付費支給承認申請については、次のとおり決定したので通知します。

* 承認

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用対象者 | 氏　名 |  | 性別 | 　 | 　　　年　月　日生 |
| 住　所 |  |
| 決　定　内　容 | 支給量等 | 1.ヘルパー支援型 | 有効期限 |
|  | 時間／月 | 身体介護 | 🞎 有り　🞎 無し |
| 決定日以後の最初の6月末日 |
| 負担割合　（　0.5、0.3、0　） |
| 2.車輌移送型 |
|  | 時間／月 |
| 注 意 事 項 |  |

* 不承認

|  |  |
| --- | --- |
| 理　 由 |  |