様式第2号(第6条関係)

第　　　号

年　月　日

(申請者)　　　　　　　　　　様

身延町長

日中一時支援給付費支給承認（不承認）決定通知書

年　月　日付けで申請のありました日中一時支援給付費の支給承認については、審査の結果、次のとおり決定したので通知します。

1.□　承 認

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | 氏　名 |  | 性別 |  | 　　　年　月　日生 |
| 住　所 |  |
| 支給内容等 | 支給量 | 日／月 | 有効期限 | 決定日以後の最初の6月末日 |
| 負担割合（　0.5、0.3、0　） |
| 注 意 事 項 |  |

2.□　不承認

|  |  |
| --- | --- |
| 理　 由 |  |