様式第2号(第6条関係)

第　　　　　号

年　　月　　日

　　　　　　　　　　様

身延町長　　　　　　印

障害者等安心生活支援事業利用決定(却下)通知書

このことについて、年　月　日付けで申請のありました障害者等安心生活支援事業の利用については、下記のとおり決定したので通知します。

記

1.　決定

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | フリガナ |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| 性別 | 男・女 | (　　)歳 |
| 住所 | 電話番号　　　　　　　　　　　　 |
| 保護者 | フリガナ |  | 続柄 | □父　□母□その他（　　　　　　） |
| 氏名 |  |
| 住所 | 電話番号　　　　　　　　　　　　 |
| 利用するサービス | □短期入所支援利用予定期間（　　　　年　月　日　～　　　　年　月　日）□事業所における宿泊を伴わない支援利用予定期間（　　　　年　月　日　～　　　　年　月　日）□居宅介護支援利用予定期間（　　　　年　月　日　～　　　　年　月　日） |
| 備考 | この通知書を事業所へ提示してください。 |

2.　却下

|  |  |
| --- | --- |
| 却下理由 |  |