加古川市重度障害者等就労支援特別事業

支給決定等通知書

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　様

加古川市長

　　　年　　月　　日付けの申請について、

□　下記のとおり、支給決定を行いましたので、通知します。

□　下記の支給決定の取消しを行いましたので、通知します。

□　不支給決定を行いましたので、通知します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 決定（取消）日 | 年　　月　　日 | | |
| 取消・不支給決定を  行った理由 |  | | |
| 支給決定者氏名 | 利用者氏名（（□ 同左）　　　　　　） | | |
| 支給期間 | 年　　月　　日 | ～ | 年　　月　　日 |
| 支給量 | 時間／月 | | |
| 報酬形態 | □ 重度訪問介護　　□ 同行援護　　□ 行動援護 | | |
| 利用者負担上限月額 | □ 37,200円　　□ 9,300円　　□ 4,600円　　□ 0円 | | |
| 雇用形態 | □ 被雇用　　□ 自営業 | | |
| 就労場所 | □ 雇用先　　□ 自宅内　　□ その他（　　　　　　） | | |
| サービス提供事業所 | （兼　利用者負担上限額管理者） | |  |
|  | |  |
| 特記事項 | 当該事業には受給者証が設けられていません。 | | |

（問合せ先）