様式第1号(第5条関係)

第　　　　　号

年　　月　　日

　　　　　　　　　　様

粕屋町長　　　　　　　　㊞

心身障害(児)者ホームヘルプサービス利用決定通知書

粕屋町心身障害(児)者ホームヘルプサービス事業実施要綱第5条第2項の規定に基づき、下記のとおり決定したので、通知します。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏名 |  | | 生年月日 | 年　　月　　日生  (　　歳) |
| 住所 | 粕屋町大字　　　　　　　　　　　　　　　　性別　男・女 | | | |
| 利用期間 | 年　　月　　日から  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　日間  　　　　　　　　年　　月　　日まで | | | | |
| 事業者名及び所在地 | (電話　　　　―　　　　　　) | | | | |
| 負担金 | 本人負担金 | | 1日当たり　　　　　　円(上限月額　　　　　　円) | | |
| 扶養義務者負担金 | | 1日当たり　　　　　　円(上限月額　　　　　　円) | | |
| 特記事項 |  | | | | |