様式第4号(第9条関係)

第　　　　　号

年　　月　　日

舟橋村障害者(児)移動支援事業利用決定取消通知書

　　　　　　　　　　　様

舟橋村長

　　　年　　月　　日付けで決定した舟橋村障害者(児)移動支援の利用について、下記のとおり取り消したので通知します。

記

1　決定の内容

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 変更決定者 | フリガナ | 　 | 生年月日 | 年　月　日　 |
| 氏名 | 　 |
| 居住地 | 電話番号　　―　　―　　　 |
| フリガナ | 　 | 生年月日 | 年　月　日　 |
| 支給変更決定に係る児童氏名 | 　 | 続柄 | 　 |
| 有効期間 | 　 |
| 支援の種類 | □　身体介護を伴う　　□　身体介護を伴わない |

2　取消しの理由

|  |
| --- |
| 　 |