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

|  |
| --- |
|  |