

堺市障害者日中一時支援支給決定取消通知書

年 月 日

様

堺市長 印

次のとおり支給決定を取り消したので通知します。

記

受給者証号		支給決定障害者 (保護者)氏名	
支給決定取消日		支給決定に係る 障害児氏名	
取消理由			

注意 旧受給者証は、本市に返還いただくか、細かく裁断する等の処分をお願いします。

返還先
住所
電話番号

返還期限 年 月 日