

(支給決定 利用決定) 取消願書

年 月 日

(宛先) 新潟市長

届出者 住 所

氏 名

受給者との続柄 ( )

(障害福祉サービスに係る支給決定 障がい者地域生活支援事業に係る利用決定 障害児通所支援に係る支給決定) について、下記のとおり取消しを願います。

受給者証番号 利用証番号 通所受給者証番号		支給等決定障がい者 (保護者) 氏名	
支給等決定日	年 月 日	支給等決定に係る 児童氏名	
支給等取消 サービス			
取消事由	1 下記理由により (障害福祉サービス 障がい者地域生活支援事業 障害児通所支援) の支援が不要となったため 2 受給者が死亡したため  (事由発生日) 年 月 日 (取消事由)		

処理欄

上記事由により (障害福祉サービスに係る支給決定 障がい者地域生活支援事業に係る利用決定 障害児通所支援に係る支給決定) を取消してよろしいでしょうか。

起案	年 月 日	課 長	補 佐	係 長	担 当	社 地 域 保 健 福 センター	所 長	担 当
決裁	年 月 日							