

생리용품 지원 결정·기각 통지서

신청인	성명	생년월일
	주 소	
	(집전화)	(이메일)
	(휴대전화)	

[] 적 합

다음과 같이 생리용품 지원 대상자로 결정되었음을 알려드립니다.

대상자 성명	생년월일	지원내용

[] 부 적 합

부 적 합 사 유	[] 자격기준 미충족 [] 연령기준 미충족
안 내	1. 귀하가 신청하신 내용에 대해 조사한 결과 위와 같은 사유로 생리용품 지원이 부적합한 것으로 결정되었습니다. 2. 향후 생리용품 신청자격 기준에 적합하게 되어 다시 신청한 결과, 적합으로 결정될 경우에 생리용품을 지원받을 수 있음을 알려드립니다.

귀하가 「청소년복지 지원법」 제5조제3항 및 같은 법 시행령 제3조의2제4항에 따라 신청한 사항에 대하여 위와 같이 결정하였음을 통지합니다.

년 월 일

담당자: 직급 성명

특별자치시장·특별자치도지사,
시장·군수·구청장

직인