窓空宛名

第　　　 号

年 月 日

障害福祉サービス申請手続きのお知らせ（18歳到達）

○○市（町村）長 印

**固定文言１**

このことにつきまして、満18歳になられると、サービスの利用者ご本人が申請者として申請していただく必要があります。つきましては、必要書類を確認のうえ、申請の手続きを行ってください。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者証番号 |  | 氏　　　名 |  | |
| 住　　　　 所 |  | | | |
| 支給決定に係る  児童氏名 |  | | | |
| 現在の支給内容 |  | | 年齢到達日 |  |
| 提出書類 |  | | | |
| 申請期限 |  | | | |
| 申請先 |  | | | |
| 備　　　　 考 | **固定文言２＋編集１** | | | |

**自由記載１**

|  |  |
| --- | --- |
| （お問合せ先） | |
| ●●市福祉部障害福祉課 | |
| 住　　所 | 123-4567　●●市●●１－２－３ |
| 電話番号  メール | 987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890  xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa |