窓空宛名

第　　　　　　号

　年　月　日

市町村長　印

様式番号

**障害支援区分認定結果の情報提供について**

**固定文言１＋編集１**

情報提供を希望された対象者の障害支援区分認定結果については、次のとおりです。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　　名 |  |
| 障害支援区分 |  |
| 障害支援区分の  認定の有効期間 |  |
| **固定文言２**  備考 | **固定文言３＋編集２** |

**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 |