第　　　　　　号

窓空宛名

様式第２０号

　年　月　日

市町村長　印

モニタリング期間変更通知書

　継続サービス利用支援・継続障害児支援利用援助について、下記のとおり変更の決定をしましたので通知します。

**固定文言１**

記

**固定文言２＋編集１**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 障害福祉サービス  受給者証  番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | 地域相談支援  受給者証  番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 通所受給者証番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | | | | | | | | | | | |
| 変更に係る障害者  （保護者） |  | | | | | | | | | | 変更に係る  児童氏名 | |  | | | | | | | | | | |
| 変更後の  モニタリング期間 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害福祉サービス受給者証、地域相談支援受給者証又は通所受給者証の提出期限及び提出先 | 提出先：提出先市町村名　提出先名称　提出先住所　　　　　　提出先電話番号  提出期限：　提出期限日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**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 |