

(身体障害者 知的障害者 児童) 支給量変更決定通知書

文 書 番 号
平成 年 月 日

〒 -
(町村)
様

市 (町村) 長

印

(身体障害者福祉法第 1 7 条の 7 知的障害者福祉法第 1 5 条の 8 児童福祉法第 2 1 条の 1 3) の規定に基づき支給量の変更について、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

居宅受給者証番号			
支給決定障害者 (保護者) 氏 名		支給決定に係る 児童氏名	
変 更 年 月 日			
変更後のサービスの 種類、内容及び支給量			
変 更 の 理 由			

居宅受給者証を 市 (町村) 障害福祉課に提出してください。

提 出 先 市 (町村) 障害福祉課
住所
電話番号

提出期限 平成 年 月 日

不服の申立て

この決定に不服がある場合には、この通知書を受け取った日の翌日から起算して 6 0 日以内に、市 (町村) 長に対して異議申し立てをすることができます。