

( 身体障害者 知的障害者 ) 障害程度区分変更決定通知書

文 書 番 号  
平成 年 月 日

〒 -  
市 ( 町 ・ 村 )

様

市 ( 町 村 ) 長

印

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

記

施設受給者証番号	
支給決定障害者氏名	
変更年月日	
変更後の障害程度区分	
変更の理由	

施設受給者証を 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 ) 長に対して異議申立てをすることができます。