

(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17条の7 知的障害者福祉法第15条の8 児童福祉法第21条の13)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) \_\_\_\_\_ 課に提出してください。

提出先 市(町村) \_\_\_\_\_ 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60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。