

(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

〒 ー
〇〇 (町村)

〇〇 〇〇 様

〇〇市(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			

居宅受給者証を〇〇市(町村)△△△△課に提出してください。

提出先 〇〇市(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、〇〇市(町村)長に対して異議申し立てをすることができます。