

(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

〒
〇市(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12 知的障害者福祉法第15条の13)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)長に対して異議申立てをすることができます。