第19号様式(第15条第5項関係)

モニタリング期間変更通知書

第　　　　　号

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　様

多古町長　　　　　　　　　印

　継続サービス利用支援・継続障害児支援利用援助について、次のとおり変更の決定したので通知します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 障害福祉サービス  受給者証番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 地域相談支援  受給者証番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 通所受給者証番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | |
| 変更に係る障害者  （保護者）氏名 |  | | | | | | | | | | 変更に係る  児童氏名 |  | | | | | | | | | |
| 変更後の  モニタリング期間 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通所受給者証  の提出先 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通所受給者証  の提出期限 | 年　　月　　日まで | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

問合せ

多古町保健福祉課　　電話　0479-76-3185