様式第27号(第17条関係)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 障害福祉サービス等提供決定通知書  第　　　　　号  年　　月　　日  様  身延町長 印  　次のとおり、障害福祉サービスの提供が決定したので、通知します。 | | | | | |
|  | 委託対象者 | フリガナ |  | |  |
| 氏名 |  | |
| フリガナ |  | |
| 保護者氏名 |  | |
| 受託者 | 事業者名 |  | |
| 所在地 | 〒  電話番号 | |
| 決定内容 | 障害福祉サービス等の種類・内容 | | |
|  | | |
| 委託期日 | | | 年　　　月　　　日 |
|  | | | | | | |