様式第29号(第18条関係)

|  |
| --- |
| 障害福祉サービス措置変更決定通知書第　　　　　号　年　　月　　日　 様身延町長 印　次のとおり変更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 |  |
| 変更前 | 種類・内容 |  |
| 事業者・施設名 |  |
| 所在地 | 〒電話番号　　　　　　　　　　 |
| 変更後 | 種類・内容 |  |
| 事業者名 |  |
| 所在地 | 〒電話番号　　　　　　　　　　 |
| 変更期日 | 　　　　年　　　月　　　日 |
| 　 |