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 |
|  | | | | | |