様式第２２号（第１４条の２関係）

文書番号

　　　　年　　月　　日

小野町長　　　　　　　　　印

モニタリング期間変更通知書

　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、下記のとおり変更の決定をしましたので通知し ます。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 変更に係る障害者（　保　護　者　） |  | 変更に係る児童氏名 |  |
| 変　更　後　のモニタリング期間 |  |
| 障害福祉サービス受 給者証、地域相談支 援受給者証又は通所 受給者証の提出期限 及び提出先 | 提 出 先： 小野町 健康福祉課　　　　　 福島県田村郡小野町大字小野新町字舘廻９２0247-72-6934提出期限： 　　　　年　　月　　日 |

問い合わせ先

小野町役場　健康福祉課

〒 963-3492 福島県田村郡小野町大字小野新町字舘廻９２

TEL 0247-72-6934 FAX 0247-72-3121