

第 号
年 月 日

堺市訪問入浴サービス変更決定通知書

様

堺 市 長 印

調査の結果により、負担上限月額については、次のとおり変更決定したので通知
します。

支 給 決 定 障 害 者 氏 名		受 給 者 番 号	
変 更 決 定 年 月 日	年 月 日		
開 始 年 月 日	年 月 日		
支 給 量	日／月		
支 給 決 定 期 間			
利 用 者 負 担 上 限 月 額	円		

注意

- この通知は、大切に保管してください。
- サービスを受けようとするときは、必ずこの通知をサービス提供事業者に提示してください。