

第 号
年 月 日

堺市障害児施設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。

申請者（保護者）氏名			
支給決定に係る 障害児氏名		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

- 1 この通知は、支給決定期間が終了するまで大切に保管してください。
- 2 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。