様式第9号(第3条関係)

|  |
| --- |
| 措置開始通知書  第　　　　　号  年　　月　　日  様  長　　　　　　　　　　㊞  あなたの老人福祉法による措置を下記のとおり決定しましたのでお知らせします。  記  1　措置を開始する年月日　　　　　　　年　　月　　日  2　あなたが受ける措置の種類  (1)　ホームヘルパーの利用  (2)　ショートステイ  (3)　デイサービス  (4)  3　あなたの入る、お世話になるところ  住所  名称  4　利用に要する費用　　　　　　　　円  5　措置を決定した理由 |