様式第10号(第8条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (身体障害者　知的障害者　児童)支給量変更決定通知書  文書番号  年　月　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 〒　　　―  ○○(町村)  ○○　　○○　　様 | | | | | | 国頭村長 | | | | | | | | |
| (身体障害者福祉法第17条の7　知的障害者福祉法第15条の8　児童福祉法第21条の13)の規定に基づき支給量の変更について、下記のとおり決定しましたので通知します。  記 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 居宅受給者証番号 |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |
| 支給決定障害者(保護者)氏名 |  | | | | | | | | | | | 支給決定に係る児童氏名 |  |
| 変更年月日 |  | | | | | | | | | | | | |
| 変更後のサービスの種類、内容及び支給量 |  | | | | | | | | | | | | |
| 変更の理由 |  | | | | | | | | | | | | |
| 居宅受給者証を○○市(町村)△△△△課に提出してください。  提出先　　　　国頭村役場　　　　課  住所　　　国頭村字辺土名121  電話番号　0980―41―2101(代)  提出期限　　　　　　　年　　月　　日  不服の申立て  この決定に不服がある場合には、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に、国頭村長に対して異議申し立てをすることができます。 | | | | | | | | | | | | | | | |