様式第12号(第10条関係)

|  |
| --- |
| (身体障害者　知的障害者)障害程度区分変更決定通知書文書番号　年　月　日　 |
|  | 〒　　　―○市(町・村)○○　　○○　　様　　　　 | 国頭町長　　　　　 |
| (身体障害者福祉法第17条の12　知的障害者福祉法第15条の13)の規定に基づき障害程度区分の変更について、下記のとおり決定しましたので通知します。記 |
|  | 施設受給者証番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 支給決定障害者氏名 |  |
| 変更年月日 |  |
| 変更後の障害程度区分 |  |
| 変更の理由 |  |
| 施設受給者証を○○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立てをすることができます。 |