様式第12号（第9条関係）

措置委託解除通知書

第　　　　　号

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　様

丸亀市福祉事務所長

身体障害者福祉法第18条第１項・第２項の規定に基づく措置の委託を解除するので通知します。

記

１　氏名

２　居住地

３　生年月日

４　措置の内容

５　措置解除の理由

６　措置を解除する日　　　　　　年　　月　　日