様式第23号

モニタリング期間変更通知書

　年 月 日

　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 日南町福祉事務所長

　継続サービス利用支援・継続障害児支援利用援助について、下記のとおり変更の決定をしましたので通知します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 障害福祉サービス受給者証番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | 地域相談支援受給者証番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 通所受給者証番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | | | | | | | | | | | |
| 変更に係る障害者（保護者） |  | | | | | | | | | | 変更に係る  児童氏名 | |  | | | | | | | | | | |
| 変更後のモニタリング期間 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害福祉サービス受給者証、地域相談支援受給者証又は通所受給者証の提出期限及び提出先 | 提出先：  提出期限：　　　　年　　月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |