様式第3号（第4条関係）

第　　　　　号

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　様

出雲市福祉事務所長　　氏名　　　印

障がい福祉サービス措置決定通知書

　下記のとおり、障がい福祉サービスを実施することに決定しましたので通知します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏　　名 |  | | |
| 生年月日 |  | 性　別 | 男・女 |
| 住　　所 |  | | |
| 決　　定　　日 | | 年　　月　　日 | | |
| 予　定　期　間 | |  | | |
| サービスの種類及び  内容 | |  | | |
| 利用者負担額 | | 本人　　　　　　　　　円  扶養義務者　　　　　　円 | | |
| 実施事業者又は  施設名等 | | 名称  所在地 | | |

（備考）障がい福祉サービスを受ける際に施設等に本状を示してください。