第　　　　　号

年　　月　　日

様

土佐清水市福祉事務所長　　㊞

身体障害者福祉法第18条第１項（第３項）の規定による措置を下記のとおり決定しましたので，サービスの提供を依頼します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 明治　大正昭和　平成　　年　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| 性別 | 男・女 |
| 居住地 | 〒電話番号 |
|  |
| 措置決定日 |  |
| 措置の内容 | サービス区分 | サービスの内容等 |
| □　居宅サービス | 種類 |  |
| 区分等 |  |
| 事業者の名称等 |  |
| □　施設サービス | 種類 |  |
| 区分等 |  |
| 事業者の名称等 |  |

問い合わせ先

土佐清水市福祉事務所

土佐清水市天神町11番２号

電話番号　８２―1111