|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 様式第19号 |  |  |  |  |  |  |  |
| モニタリング期間変更通知書 |
|  |
|  | 土清福発第 号 |
|  | 　　 年 月 日 |
|  |  |
|  |  | 様 |  |  |
|  | 土佐清水市福祉事務所長　 |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 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： | 土佐清水市福祉事務所 |
|  | 提出期限： | 　　 年 月 |
|  |