

(身体障害者 知的障害者) 障害程度区分変更申請書

(あて先)

〇〇市(町村)長

次のとおり申請します。

申 請 者	施設受給者証番号		申請年月日	平成	年	月	日	
	フリカナ		生年月日	明治 昭和	大正 平成	年	月	日
	氏名		性別	男 ・ 女				
	居住地							
	現在の施設支援の種類、内容及び障害程度区分							
変更を申請する理由								

(身体障害者 知的障害者) 障害程度区分変更決定通知書

文 書 番 号
平成 年 月 日

〒
〇市(町・村)

〇〇 〇〇 様

〇〇市(町村)長

印

(身体障害者福祉法第17条の12 知的障害者福祉法第15条の13)の規定に基づき
障害程度区分の変更について、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

施設受給者証番号	
支給決定障害者 氏 名	
変 更 年 月 日	
変 更 後 の 障 害 程 度 区 分	
変 更 の 理 由	

施設受給者証を〇〇市(町村)障害福祉課に提出してください。

提出先 〇〇市(町村)障害福祉課
住所
電話番号

提出期限 平成 年 月 日

不服の申立て

この決定に不服がある場合には、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に、〇〇市(町村)長に対して異議申立てをすることができます。

居宅支給決定取消通知書

文 書 番 号
平成 年 月 日

〒
〇市（町・村）

〇〇 〇〇 様

〇〇市（町村）長

印

〔身体障害者福祉法第17条の8第1項
知的障害者福祉法第15条の9第1項
児童福祉法第21条の14第1項〕の規定により、あなたの居宅支給決定を取り消しましたので通知します。

記

居宅受給者証 番 号		支給決定障害者 (保護者)氏名	
支給決定取消日		支給決定に係る 児 童 氏 名	
取 消 理 由			

居宅受給者証を〇〇市（町村）障害福祉課に返還してください。

返 還 先 〇〇市（町村）障害福祉課
住所
電話番号

返還期限 平成 年 月 日

不服の申立て

この決定に不服がある場合には、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に、〇〇市（町村）長に対して異議申立てをすることができます。

施設支給決定取消通知書

文 書 番 号
平成 年 月 日

〒
〇市（町・村）

〇〇 〇〇 様

〇〇市（町村）長

印

身体障害者福祉法第17条の13第1項
知的障害者福祉法第15条の14第1項 の規定により、あなたの施設支給決定を取り消しました
ので通知します。

記

施設受給者証 番 号	支給決定障害者 氏 名
支給決定取消日	
取 消 理 由	

施設受給者証を〇〇市（町村）障害福祉課に返還してください。

返 還 先 〇〇市（町村）障害福祉課
住所
電話番号

返還期限 平成 年 月 日

不服の申立て

この決定に不服がある場合には、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に、〇〇市（町村）長に対して異議申立てをすることができます。