第　　　 号

年 月 日

窓空宛名

利用者負担適用期間更新のお知らせ（障害児通所給付費）

○○市（町村）長　印

**固定文言１**

このことにつきまして、障害児通所給付費の利用者負担に関する事項の適用期間が終了する方について、更新のお知らせをお送りいたします。つきましては、サービス利用の継続をご希望される方は、更新手続きを行ってください。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者証番号 |  | 氏　　　名 |  | | |
| 住　　　　 所 |  | | | | |
| 支給決定に係る  児童氏名 |  | | | | |
| 現在の認定内容 |  | | | 適用期間終了日 |  |
| 提出書類 |  | | | | |
| 申請期限 |  | | | | |
| 申請先 |  | | | | |
| 備　　　　 考 | **固定文言２　＋　編集１** | | | | |

**自由記載１**

|  |  |
| --- | --- |
| （お問合せ先） | |
| ●●市福祉部障害福祉課 | |
| 住　　所 | 123-4567　●●市●●１－２－３ |
| 電話番号  メール | 987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890  xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa |