窓空宛名

第　　　 号

年 月 日

支給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支給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 |  | | | | |
| 更新の対象となるサービスの内容 |  | | | 支給期間終了日 |  |
| 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 |