

大阪市強度行動障がい者グループホーム移行促進事業利用内容変更通知書

(事業所名)

年 月 日

様

大 阪 市 長

次のとおり変更がありましたので、通知します。

利用者の状況	フリガナ			
	氏名		生年月日	年 月 日
	居住地	〒 電話番号(連絡先) ー		
	手帳の所持	有 ・ 無		
	障がい種別	障がい等級(身体)	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6	
障がい等級(知的)		A ・ B1 ・ B2		
障がい等級(精神)		1 ・ 2 ・ 3		
難病指定※の有無		有 ・ 無		
決定内容	事業所名			
	所在地			
	電話番号			
	利用決定期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
変更年月日	年 月 日			
変更事項	変更内容	変更前	変更後	
	<input type="checkbox"/> 本人氏名			
	<input type="checkbox"/> 本人住所			
	<input type="checkbox"/> 保護者氏名			
	<input type="checkbox"/> 保護者住所			
	<input type="checkbox"/> その他(連絡先等)			

※治療方法が確立していない疾病その他の特殊の疾病であって障害者総合支援法第4条第1項の政令で定めるものによる障がいの程度が同項の厚生労働大臣が定める程度である者