

就労継続支援に係る支給決定の更新についての事業者意見書

提出年月日 年 月 日

王寺町長 様

事業者番号：
事業者名
及び代表者名：
担当者名
及び連絡先：

下記のとおり訓練等給付費の支給決定の更新について当事業所の意見を提出します。

受給者番号																		支給決定 障害者名	
サービスの 種類	<input type="checkbox"/> 就労継続支援 A 型 <input type="checkbox"/> 就労継続支援 B 型																		
現在の支給決定有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日																		
記入者 (サービス管理責任者)																			
(1) 利用実績																			
(2) 更新の必要性 の有無とその理由																			
(3) その他																			

※町記入欄

更新の必要性の有無	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
-----------	---