様式第１０号添付書類　現に当該指定障害福祉サービス等を受けている者について

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名 | 連絡先 | 受給者証  番号 | 引き続きサービスの提供を希望する旨の申出の有無 | 引き続き当該指定障害福祉サービス等に相当するサービスの提供を希望する者に対し，必要な障害福祉サービス等を継続的に提供する他の指定障害福祉サービス等事業者の名称 |
| １ |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |  |
| １０ |  |  |  |  |  |
| １１ |  |  |  |  |  |
| １２ |  |  |  |  |  |
| １３ |  |  |  |  |  |
| １４ |  |  |  |  |  |
| １５ |  |  |  |  |  |
| １６ |  |  |  |  |  |
| １７ |  |  |  |  |  |
| １８ |  |  |  |  |  |
| １９ |  |  |  |  |  |
| ２０ |  |  |  |  |  |
| ２１ |  |  |  |  |  |
| ２２ |  |  |  |  |  |
| ２３ |  |  |  |  |  |
| ２４ |  |  |  |  |  |
| ２５ |  |  |  |  |  |

※適宜，欄を追加してください。