

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。