

(様式第3-1号)

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 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、欄を追加してご活用ください。