

(様式第6-1号)

第 年 月 日

様

区保健福祉センター所長

## 重度障がい者入浴サービス利用者負担額決定通知書

重度障がい者入浴サービスの利用者負担額について、大阪市重度障がい者入浴サービス事業実施要綱に基づき、あなたが負担すべき費用の額を次のとおり決定しましたので、通知します。

記

負担額

(様式第6-2号)

第 年 月 日

様

区保健福祉センター所長

## 重度障がい者入浴サービス扶養義務者負担額決定通知書

重度障がい者入浴サービスの利用者負担額について、大阪市重度障がい者入浴サービス事業実施要綱に基づく扶養義務者として認定し、あなたが負担すべき費用の額を次のとおり決定しましたので、通知します。

記

負担額