

様

大阪市 区保健福祉センター所長

障がい福祉サービス等措置委託解除決定通知書

障がい福祉サービス等を必要とする障がい者(児)に係るやむを得ない事由による措置要綱による事業の委託について、次のとおり解除しましたので通知します。

利用事業名			支給量	
解除年月日		年 月 日		
利用者	氏名等	年 月 日生(満 歳)		
	住 所		電話番号	
保護者	氏 名		続 柄	
	住 所		電話番号	
利用先	所在地		名 称	
解除理由				
備 考				