

様

大阪市 区保健福祉センター所長

障がい支援区分認定証明書

次の者は、介護給付費等の支給にかかる障がい支援区分について、大阪市障がい支援区分認定審査会の審査及び判定に基づき次のとおり認定されている者であることを証する。

受給者証番号			
氏名			
生年月日			
住所			
認定日		認定結果	
非該当の場合 その理由			
認定有効期間			
認定審査会の意見			
備考			