

〒 -

〇〇 〇〇 様

〒×××-×××

大阪市〇〇〇区〇〇〇×丁目××番××号

大阪市〇〇〇区保健福祉センター《住所2》

保健福祉課

電話番号 ××××-××××

FAX 番号 ××××-××××

## 障がい児(通所・入所)給付費 取下通知

〇〇 〇〇 様

〇〇〇区保健福祉センター所長

年 月 日に申請のありました障がい児(通所・入所)給付費の支給申請について、  
次のとおり通知します。

### 記

児童氏名	
取下半年月日	
取下理由	