

(様式第4号)

年 月 日

(申請者) _____ 様

大阪市長

大阪市障がい者夜間・休日等緊急時支援事業費支給通知書

年 月 日付けで申請のありました大阪市障がい者夜間・休日等緊急時支援事業費について、次のとおり支給しますので通知します。

申請者氏名		生年月日	年 月 日
居住地			
対応事業所名		事業所番号()	
		事業所番号()	
		事業所番号()	
支給期間	年 月 日から本事業実施要綱第6条の各号に掲げる 支給決定又は措置を行う日まで		
支給量	合計 時間以内		
備考			

【問い合わせ先】

大阪市福祉局障がい者施策部障がい福祉課			
住所	大阪市 区		
電話番号		FAX番号	