

大阪市重度障がい者等就業支援費支給決定通知書

第 号
年 月 日

(申請者) _____ 様

大阪市長

年 月 日付けで申請のあった大阪市重度障がい者等就業支援事業の利用については、次のとおり決定しましたので通知します。

支給決定者	フリガナ		障がい福祉サービス 受給者証番号	
	氏名		生年月日	T S H 年 月 日
	居住地	〒		
支給決定日		年 月 日		
支給決定期間		年 月 日 ~ 年 月 日		
利用者負担		1割 (負担上限月額3,000円) ・ 負担なし		
利用可能時間				
特記事項				

大阪市重度障がい者就業支援事業については、本通知書及び大阪市重度障がい者就業支援受給者証を指定重度訪問介護事業所に提示し、契約行為を行うことにより利用が可能となります。

【問い合わせ先】

大阪市役所 福祉局 障がい者施策部 障がい支援課			
住所	大阪市北区中之島1丁目3-20 6階		
電話番号	06-6208-7986	FAX 番号	06-6202-6962