

障がい者緊急一時保護施設退所支援等事業実施依頼書

依頼日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

大阪市障がい者緊急一時保護施設退所支援等事業受託者 様

区役所保健福祉課長

次の者について、障がい者緊急一時保護施設退所支援等事業による支援をお願いします。

ふりがな		生年月日	年 月 日
利用者氏名		(年齢)	(歳)
住 所			
入 所 日	年 月 日	退 所 予 定 日	年 月 日
障がいの 種 類 等	身体障がい者手帳 (級) その他(具体的に	療育手帳 (A・B1・B2)	精神障がい者保健福祉手帳 (級))
介護者の 状 況			
緊急保護 理 由			
支援方針			
備 考			

【問い合わせ先】

大阪市	区保健福祉センター	課
住 所	大阪市	区
担 当 者		電話番号