

障がい者緊急一時保護施設退所支援等事業実施報告書

年 月 日

大 阪 市 長 様

実施機関住所
実施機関名
代表者名

次のとおり支援を実施しましたので報告します。

ふりがな			
利用者氏名		生年月日	年 月 日
住 所			
入 所 日	年 月 日	退 所 日	年 月 日
退 所 先			
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))
緊急保護理由			
支援内容(具体的に)			
備 考			