

(様式第2号)

大阪市強度行動障がい者グループホーム移行促進事業利用決定通知書

(申請者名)

年 月 日

様

大 阪 市 長

年 月 日付けで申請のあった大阪市強度行動障がい者グループホーム移行促進事業の利用について、次のとおり決定しましたので通知します。

利 用 者	フリガナ			
	氏 名		生年月日	年 月 日
	居 住 地	〒 電話番号(連絡先) —		
	市民税の課税状況	生活保護世帯等 ・ 市民税非課税世帯 ・ 市民税課税世帯		
	手帳の所持	有 ・ 無		
	障がい種別	障がい等級(身体)	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6	
		障がい等級(知的)	A ・ B1 ・ B2	
		障がい等級(精神)	1 ・ 2 ・ 3	
		難病指定※の有無	有 ・ 無	
	障がい支援区分	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 区分なし		
入所中の施設 (入所者のみ)	施設名			
	住所			
	電話番号			
決 定 内 容	事業所名			
	所在地			
	電話番号			
	利用決定期間	年 月 日	～	年 月 日

※治療方法が確立していない疾病その他の特殊の疾病であって障害者総合支援法第4条第1項の政令で定めるものによる障がいの程度が同項の厚生労働大臣が定める程度である者