（様式第２号）

大 福 祉 第　　号
年　　月　　日

様

大 阪 市 長
（担当：大阪市福祉局障がい者施策部障がい支援課）

# 障がい児入所施設等　重度重複障がい児加算費支給決定通知書

標記の件について、次のとおり重度重複障がい児加算費を支給することに決定しましたので通知します。

記

施　　設　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

| 児　童　氏　名 | 入 所 年 月 日 | 適 用 年 月 日 | 備　　考 |
|---|---|---|---|
| | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | |
| | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | |
| | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | |
| | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | |
| | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | |
| | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | |
| | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | |
| | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | |
| | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | |
| | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | |