

様式第 10 号

大 保福第 号
年 月 日

—
大阪市 区

様

大阪市 区保健福祉センター所長

—

大阪市 区

大阪市 区保健福祉センター

保健福祉課（ ）

電話番号

FAX 番号

重度障がい者日常生活用具給付変更承認通知書

先に変更承認申請がありました日常生活用具について、次のとおり変更を承認しましたので通知します。

記

対象者氏名

住所

申請者氏名

住所

決定年月日

年 月 日

変更内容

変更理由