

様式第 11 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不承認通知書

先に変更承認申請がありました日常生活用具について、審査の結果、次の理由により変更を不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

不承認と
した理由