

様式第5号

大 保福第 号
平成 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
保健福祉担当（保健福祉）
電話番号 — —
FAX番号 — —

重度障がい者日常生活用具給付決定通知書

先に申請のありました日常生活用具について、次のとおり給付を決定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

証明書発行番号

決定年月日

給付決定金額

種目