

様式第 6 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不支給決定通知書

先に申請のありました日常生活用具について、審査の結果、次の理由により不支給と決定しましたのでご了承ください。

記

対象者氏名

住所

申請者氏名

住所

申請日

却下日

理由

種目