

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
地域保健福祉担当（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取消し通知書

年 月 日付大 保福第 号にて決定しました日常生活用具の給付については、次の理由により取消しすることを決定しましたので通知します。

記

取消しの内容

取消しの理由