

当事業では、「受給者証」ではなくこの「支給決定通知書」により受給資格の確認を行います。

堺市重度障害者入院時コミュニケーション支援費支給決定通知書

年 月 日

様

堺市長

印

年 月 日付けで申請のありました入院時コミュニケーション支援費の支給について、次のとおり決定しましたので通知します。

受給者番号
支給決定障害者 (保護者)氏名	
支給決定に係る 障害児氏名	
支給決定年月日	

支給決定内容	支給時間	有効期間
	1月当たり50時間	
特記事項		

注意 入院時コミュニケーション支援を受けようとするときは、必ずこの通知書を事業者に提示してください。