

堺市障害者（児）日常生活用具給付決定通知書

第 号  
年 月 日

様

堺市 保健福祉総合センター所長 印

年 月 日付けで申請のあった日常生活用具については、次のとおり給付することに決定したので通知します。

給付番号	第 号	給付決定年月日	年 月 日
給付対象者			
給付する用具			
納入業者名と その住所			
価 格	円	(本人又はその扶養義務者が支払うべき額) 円	(公費負担額) 円
注意事項	<p>1 本人又はその扶養義務者が支払うべき額は、必ず用具を受け取る際に業者に支払ってください。</p> <p>2 給付を受けた用具をその目的に反して使用し、譲渡し、貸し付け、又は担保に供することは、禁じられています。</p> <p>3 2に違反した場合には、堺市が負担した費用の全部又は一部を返還していただくことがあります。</p>		