

堺市障害児施設入浴サービス利用決定（却下）通知書

年 月 日

様

堺 市 長 印

年 月 日付けで申請があった施設入浴サービスの利用については、次のとおり決定したので通知します。

|                    |       |   |      |         |  |
|--------------------|-------|---|------|---------|--|
| 障 害 児 氏 名          |       |   | 生年月日 |         |  |
| 身体障害者手帳<br>療 育 手 帳 | 障害名   |   |      | 等級等     |  |
| 利用について             | 可 ・ 否 |   |      |         |  |
| 決 定 理 由            |       |   |      |         |  |
| 利用者負担額             | 1回当たり |   | 所得区分 | 月額負担上限額 |  |
|                    | 入浴    | 円 |      |         |  |
| 送迎                 | 円     |   |      |         |  |
| 特 記 事 項            |       |   |      |         |  |

注意

- 1 指定された利用日時に利用できない場合は、利用施設まで連絡してください。
- 2 利用を中止しようとするときは、各区役所保健福祉総合センターまで連絡してください。
- 3 申請状況等に変更があった場合は、各区役所保健福祉総合センターまで連絡してください。