

堺市障害児施設入浴サービス変更決定通知書

年 月 日

様

堺 市 長 印

調査の結果により、堺市障害児施設入浴サービスの利用については、次のとおり変更決定したので通知します。

利用者氏名		開始年月日	年 月 日
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		円

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。