

様式第2号（第4条関係）

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	支給量	有効期間
	1月当たり 50時間まで	
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。