第 号

年 月 日

市 町 村 長 印

窓空宛名

補装具費支給決定のお知らせ

標記のことについて、次のとおり決定しましたので通知します。

**固定文言１**

**自由記載１**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対　象　者 | | 住　　所 | | 〒 | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | |
| 氏　　名 | |  | | | | | | | |
| 生年月日 | | 年　　月　　日 | | | 電話番号 | | |  | |
| 保護者 | 住　　所 | | | 〒 | | | | | | | |
| フリガナ | | |  | | | | | | | |
| 氏　　名 | | |  | | | | | | | |
| 支　給　番　号 | | | |  | | 支給決定日 | | | 年　　月　　日 | | |
| 決　定　内　容 | | | | （購入・借受け・修理） | | 借受け期間 | | | 年　月　日　～　　　年　月　日 | | |
| 補　装　具　名 | | | |  | | | | | | | |
| 基　準　額 | | | | 見　積　額 | 利　用　者　負　担　額 | | | | | | 公　費　負　担　額 |
| 円 | | | | 円 | 合　計　額 | | | 円 | | | （合計額）  円 |
| 月額負担上限額 | | | | | 月額  （借受けの場合） | | | (初月)　　　　　　　　円 | | |
| 円 | | | | | (中間月)　　　　　　　円 | | |
| (最終月)　　　　　　　円 | | |
| 備考  **固定文言２** | | | **固定文言３＋編集１** | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| （お問合せ先） | |
| ●●市福祉部障害福祉課 | |
| 住　　所 | 123-4567　●●市●●１－２－３ |
| 電話番号  メール | 987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890  xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa |