様式第３号の３（第５条関係）

MMMM

豊 障 発 第MMMMMMM号
MMMMMMMMMMMMMMMMMMMM

〒 MMM － MMMM
M M M M M M M M M M M M M M M M M M M M
M M M M M M M M M M M M M M M M M M M M
M M M M M M M M M M M M M M M M M M M M

M M M M M M M M M M M M M M M M M M M M M M

M M M M M M M M M M M M M M M M M M M M M M M M
M M M M M M M M M M M M M M M M M M M M M M M M

MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM

豊田市長
MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM

豊田市障がい者日常生活用具給付等決定通知書 MMMMMMMMMMMMMMMMMMMM

申請のありました豊田市障がい者日常生活用具給付等について、下記のとおり決定します。

記

結　果

MMM 給付します
MMM 貸与します

給 付 種 目	（	MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM ）
価　　格	（	１か月当たり　MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM 円以内 ） MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM
自己負担額	（	MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM ）
公費負担額	（	提供実績金額から自己負担額を差し引いた額 ）
取 扱 業 者	（	MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM ）

※業者に対して、日常生活用具給付券及び決定連絡書を送付しています。業者からの連絡をお待ちください。

※納品の際には、自己負担額を業者へ支払い、業者から提示される給付券に受給者氏名を御記入ください。

■問合せ先
豊田市役所　障がい福祉課　日常生活用具担当
電話　（０５６５）３４－６７５１
FAX　（０５６５）３３－２９４０
E-mail　shougai_hu@city.toyota.aichi.jp