様式第３号の４（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

MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM

豊田市長
MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM

Visual Visual Vis
al Visual Visual
Visual Visual Vis
al Visual Visual
Visual Visual Vis

豊田市障がい者日常生活用具給付等決定通知書

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	（ MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM ）	
基　準　額	（ MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM	円 ）
見　積　額	（ MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM	円 ）
自己負担額	（ MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM	円 ）
公費負担額	（ MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM	円 ）
取 扱 業 者	（ MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM ）	

※見積額が基準額を超える用具の場合は、基準額を超える額を上記自己負担額に加算していますので、記載された額を業者へお支払いください。

※納品の際には、自己負担額を業者へ支払い、給付券に業者が納入した日及び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