様式第５号の１（第５条関係）

MMMM

豊 障 発 第MMMMMMM号
MMMMMMMMMMMMMMMMMMM

〒 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

MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM

豊田市長
MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM

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連絡書

対象者より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、下記のとおり決定されました。

つきましては、対象者へ連絡をしていただき、別紙の豊田市障がい者日常生活用具給付券（以下、給付券と言う。）のとおり給付等をしてください。給付等に当たり、対象者から給付券に記載された自己負担額を受け取るとともに、業者が納入した日及び受給者氏名を御記入していただきますよう御依頼ください。

なお、公費負担額の請求につきましては、豊田市指定請求書を用いて、給付券とあわせて送付してください。

記

１ 対象者氏名	MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM
２ 給付種目	MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM
３ 基 準 額	MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM 円
４ 見 積 額	MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM 円
５ 自己負担額	MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM 円
６ 公費負担額	MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM 円

【問合せ・送付先】
豊田市役所　障がい福祉課　日常生活用具担当
〒４７１－８５０１　豊田市西町３丁目６０番地
電話　（０５６５）３４－６７５１
FAX　（０５６５）３３－２９４０
E-mail　shougai_hu@city.toyota.aichi.jp