様式第３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 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　　給付種目　（ MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM
MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM ）

MMM貸与します

基 準 額　（ MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM 円 ）

見 積 額　（ MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM 円 ）

自己負担額　（ MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM 円 ）

公費負担額　（ MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM 円 ）

取扱業者　（ MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM
MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM ）

※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、業者から提示される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