様式第２号（第７条関係）

番　　　号

年　月　日

利用決定通知書

○○○○　様

|  |  |
| --- | --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職　　氏　名 |  印 |

　　年　　月　　日付けで申請のあった八頭町要医療障がい児者在宅生活支援事業（要医療障がい児者受入事業所看護師配置等助成事業）については、下記のとおり決定しましたので、鳥取県要医療障がい児者在宅生活支援事業（要医療障がい児者受入事業所看護師配置等助成事業）実施要綱第７条の規定により通知します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 住所 |  |
| 事業の対象となるサービス種別 |  |
| 看護職員を配置する期間及び日数 | 計　　　　日以内（詳細）　　年　　月　　日　～　　　年　　月　　日（うち　　　日）　　年　　月　　日　～　　　年　　月　　日（うち　　　日）　　年　　月　　日　～　　　年　　月　　日（うち　　　日） |
| 看護職員派遣を利用する期間及び日数 | 計　　　　日以内（詳細）　　年　　月　　日　～　　　年　　月　　日（うち　　　日）　　年　　月　　日　～　　　年　　月　　日（うち　　　日）年　　月　　日　～　　　年　　月　　日（うち　　　日） |

<問い合わせ先>

 ○○市（町村）○○○課

 住　　所

 電話番号