様式第２号（第８条関係）

番　　　号

年　月　日

利用決定通知書

○○○○　様

|  |  |
| --- | --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　八頭町長 |  印 |

平成　　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医療機器購入助成事業）については、下記のとおり決定しましたので、八頭町要医療障がい児者在宅生活支援事業（要医療障がい児者等受入事業所医療機器購入助成事業）実施要綱第８条の規定により通知します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所番号 |  |
| 事業所名 |  |
| 住所 |  |
| サービス種別 | 児童発達支援センター　児童発達支援（指定・基準該当）放課後等デイサービス（指定・基準該当）　生活介護（指定・基準該当）　指定就労継続支援Ｂ型事業所　日中一時支援事業所 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機器の名称 | 交付決定金額 | 購入予定台数 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 【合計金額】　 | 円 |  |

<問い合わせ先>

 ○○市（町村）○○○課

 住　　所

 電話番号