下記のとおり通知します。

年　　月　　日

土佐清水市福祉事務所長　　㊞

様

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 番号 |  | 決定年月日 |  |
| 決定内訳 |  |
| 制作(修理)所の所在地及び名称又は指定医療機関の所在地名称 |  |
| 期限（間） |  |
| 費用概算額 |  |
| 本人負担額 |  | 支払期日 |  |
| 備考 |  |