様式２ （第３の１（３）ウ（イ）②関係）

第　　号

　年　月　日

八王子市福祉事務所長　殿

施設所在地

施設名

施設長　　　　　　　　　　　印

**日常生活支援の委託について（回答）**

　年 　月　 日付け　　　　第　　号により依頼のあった次の者については、

支援を受託しました

ことを回答いたします。

支援を受託できませんでした

|  |  |
| --- | --- |
| （フリガナ）  被（要）保護者氏名  （ 世帯主 ・ 世帯主以外 ） | 年　　月　　日生  （ 重点的要支援者に　該当　・　非該当 ） |
| 入所日　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 | |
| 支援の委託開始日　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 | |
| 支援を受託できなかった場合、その理由 | |
| 備考  ・ 上の者を含め同じ居室に入居する同一世帯の人数　　　　名 | |

問い合せ先

日常生活支援住居施設

〇〇〇〇〇〇〇〇

電話：

FAX ：