

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	

問い合わせ先
日常生活支援住居施設
〇〇〇〇〇〇〇〇
電話：
FAX：