様式７－２

　　年　　月　　日

奈良市福祉部

　　　　　　保護課長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 施設所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 施　設　名

 施　設　長

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下記の者については、

支援を受託しました

　　　　　　　　　　　　　　　ことを回答します。

支援を受託できませんでした

記

|  |
| --- |
| （フリガナ）被（要）保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日生入所日　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日支援の受託開始日　　　　　　　　　　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）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒　　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施　設　名　　　　　　　担当者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　e-mail