様式２

第　　号

　年　月　日

（依頼区）社会福祉事務所長　様

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

|  |
| --- |
| 被（要）保護者氏名 |
| 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 （施設名）

電話　　　　　　　ﾌｧｯｸｽ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（担当部署・担当者名）