【ＦＡＸ提出先】

　島根県健康福祉部障がい福祉課自立支援給付グループ　行

　ＦＡＸ：０８５２－２２－６６８７

島根県障がい福祉サービス等事業者に対するサービス継続支援事業

問い合わせ票

法人名・事業所等名：

担当者名：

連絡先：TEL　　　　　　　　FAX

□　以下の経費が補助対象になるか確認したい。

　（品名、単価、購入数量、内容、用途、必要性などを記載してください）

□　その他のお問い合わせ

　（具体的に内容を記載してください）