

社会福祉法人 大和しらかし会

大和市障がい福祉センター松風園 日中一時支援事業 利用申込書

(知的障害者日帰り対応型用)

令和 年 月 日

日中一時支援事業利用契約書に基づいて、下記の通り日中一時支援の利用を申し込みます。

住 所 大和市 _____

利用者氏名 _____ (印)

電話番号 _____

令和6年11月 ↓利用希望の日に利用時間（お迎えの時間）を記入してください。

月	火	水	木	金	土	日
				1	2	3
				～ :	開園日	文化の日
4	5	6	7	8	9	10
振替休日	～ :	～ :	～ : (18:00まで)	～ :		
11	12	13	14	15	16	17
～ : (18:00まで)	～ :	～ : (18:00まで)	～ : (18:00まで)	～ :	開園日	
18	19	20	21	22	23	24
～ : (18:00まで)	～ :	～ :	～ : (18:00まで)	～ :	勤労感謝 の日	
25	26	27	28	29	30	
～ : (18:00まで)	～ :	～ :	～ : (18:00まで)	～ :		
利用を希望する理由						
健康状態、その他特記事項						

※日中一時支援利用時間は15:40～となります。

※申し込み利用時間は16:40以降の時間を記入してください。

※申込書提出〆切は前月の1日です。

※〆切を過ぎた場合、希望の時間までの利用ができない場合があります。

※月曜日、木曜日、第2水曜日は18:00までの利用となります。

※火曜日、水曜日（第2水曜日除く）、金曜日は19:00までの利用となります。

※必ず、申込をした時間内でのお迎えをお願いいたします。

コピーや写真をとるなどして申込時間を控えておいてください。