

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

電話 番号

令和7年1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	4	5
6	7	8	9	10	11	12
～ ： (18:00まで)	～ ：	～ ： (18:00まで)	～ ： (18:00まで)	～ ：	開園日	
13	14	15	16	17	18	19
成人の日	～ ：	～ ：	～ ： (18:00まで)	～ ：	開園日	
20	21	22	23	24	25	26
～ ： (18:00まで)	～ ：	～ ：	～ ： (18:00まで)	～ ：	開園日	
27	28	29	30	31		
～ ： (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。