様式第１号（第５条関係）

寄居町在宅重症心身障害児等の家族に対するレスパイトケア事業　実施申請書

年　　月　　日

　（宛先）

　　　　　　　寄居町長

申請者　施設名

　　　　施設所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　 　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

下記の者に対し、寄居町在宅重症心身障害児等の家族に対するレスパイトケア事業を実施したいので、寄居町在宅重症心身障害児等の家族に対するレスパイトケア事業補助金交付要綱第５条の規定により申請します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日  （年齢） | 年　　月　　日  　　　　　（　　歳） |
| 利用者氏名 |  |
| 住所 |  | | |
| 手帳 | 身体障害者手帳　有（　　級）・無  療育手帳　　　　有（　　　）・無 | | |
| 医療的  ケアの状況 | （別表の算定表に該当する項目を記入） | | |
| 実施事業 | ショートステイ促進事業　・　デイサービス促進事業  （２５点以上・２５点未満） | | |