栗東市障害者等日中一時支援事業届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

栗東市長　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

事業者名

(法人名)

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　印

（電話　　　　　　　　　　　　　）

栗東市障害者等日中一時支援事業の実施を届けます。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業を行う施設名 |  |
| 所在地 |  |
| 事業責任者 |  | 連絡先 |  |
| 主たる対象者 | 障がい者【身体・知的・精神】障がい児【身体・知的・精神】 | 定員 | 　　　　　　　　　人　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 対象地域 |  |
| 事業実施開始年月日 |  |
| サービス利用時間帯（曜日・時間等） |  |
| 事業内容 |  |
| 職員体制 |  |
| 施設設備 |  |
| 実費負担 |  |
| 備考 | ※受け入れ可能な者に○をしてください。【 重度心身障がい 医療的ケア 強度行動障がい 車椅子利用者 】 |
| ※受け入れの条件があれば記入してください　例：要相談・要体験利用など |
| ※その他備考があれば記入してください |
| ※利用者への周知及びHPへの掲載を希望しない。【　　】 |

（注）「実費負担」の欄には食費、原材料費など利用者の実費負担を記入してください。

添付資料：日中一時支援事業施設の平面図