

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 (電話 ) 印

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