様式第1号(第9条関係)

知的障害者ミニデイサービス利用申請書

年　　月　　日

　出雲市長　　　　様

申出者　住所　出雲市

(電話番号)

氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

　次により知的障害者ミニデイサービス事業の利用を申込みます。

1　利用者

　住所

　氏名　　　　　　　　　　　　性別

　生年月日　　　　　　　　　　年　　月　　日生まれ

2　利用希望する回数

　1週当たりの利用回数　　　　回

3　世帯の状況

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 続柄 | 年齢 | 性別 | 住所 | 備考 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |