

## 社会福祉法人 大和しらかし会

大和市障害福祉センター松風園 日中一時支援事業

(知的障害者日帰り対応型用)

利用申込・承諾書

令和 年 月 日

日中一時支援事業利用契約書・下段の留意事項を承諾し、下記の通り日中一時支援の利用を申し込みます。

※承諾を頂けない場合、ご利用できません。

住所 大和市

利用者氏名

(印)

電話番号

令和8年4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
		～： (18:00まで)	～： (18:00まで)	～： (18:00まで)		
6	7	8	9	10	11	12
～： (18:00まで)	～： (18:00まで)	～： (18:00まで)	～： (18:00まで)	～： (18:00まで)		
13	14	15	16	17	18	19
～： (18:00まで)	～： (18:00まで)	～： (18:00まで)	～： (18:00まで)	～： (18:00まで)	開園日	
20	21	22	23	24	25	26
～： (18:00まで)	～： (18:00まで)	～： (18:00まで)	～： (18:00まで)	～： (18:00まで)		
27	28	29	30			
～： (18:00まで)	～： (18:00まで)	昭和の日	～： (18:00まで)			
利用を希望する 理由						
健康状態、その他 特記事項						

## 【留意事項】

※日中一時支援開始時間は15:40～となります。

※申し込み利用時間（お迎えの時間）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。