

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3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	6	7	8
～ ： (18:00まで)	～ ： ～ ：	～ ： ～ ：	～ ： (18:00まで)	～ ： ～ ：	開園日	
9	10	11	12	13	14	15
～ ： (18:00まで)	～ ： ～ ：	～ ： (18:00まで)	～ ： (18:00まで)	～ ： ～ ：	開園日	
16	17	18	19	20	21	22
～ ： (18:00まで)	～ ： ～ ：	～ ： ～ ：	～ ： (18:00まで)	春分の日		
23	24	25	26	27	28	29
～ ： (18:00まで)	～ ： ～ ：	～ ： ～ ：	～ ： (18:00まで)	～ ： ～ ：	開園日	
30	31					
新年度準備	法人全体会議					
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。