

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 利用申込・承諾書

(知的障害者日帰り対応型用)

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。

利用者氏名 _____ ㊞

電話番号 _____

令和8年8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
					開園日	
3	4	5	6	7	8	9
～ ： (18:00まで)	～ ：	～ ：	～ ： (18:00まで)	～ ：		
10	11	12	13	14	15	16
～ ： (18:00まで)	山の日	～ ： (18:00まで)	～ ： (18:00まで)	～ ：	開園日	
17	18	19	20	21	22	23
～ ： (18:00まで)	～ ：	～ ：	～ ： (18:00まで)	～ ：	開園日	
24	25	26	27	28	29	30
～ ： (18:00まで)	～ ：	～ ：	～ ： (18:00まで)	～ ：		
31						
～ ： (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。
- ※申込書提出メ切は前月の1日です。
- ※メ切を過ぎた場合、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。

※定員を超えてしまった場合は、キャンセル待ち、もしくは振替をお願いする場合がございますのでご承知ください。