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。

住　　所　大和市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

利用者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

令和8年2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）	～　：	建国記念の日	～　： （18：00まで）	～　：		
16	17	18	19	20	21	22
～　： （18：00まで）	～　：	～　：	～　： （18：00まで）	～　：		
23	24	25	26	27	28	
天皇誕生日	～　：	～　：	～　： （18：00まで）	～　：	開園日	
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。