

日中活動サービス利用にかかる「基本日数」超過の申出書

年 月 日

和泉市福祉事務所長 あて

日中活動サービスについて、基本日数を超過する支給量を受けたいので、次のとおり申し出ます。

申出者	フリガナ		受給者番号	
	氏名		生年月日	年 月 日
	居住地	〒 TEL		
届出者	フリガナ		申出者との関係	
	氏名		連絡先	
利用施設（事業所）名				
施設（事業）種別	<input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 生活訓練 <input type="checkbox"/> 機能訓練 <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援 A 型 <input type="checkbox"/> 就労継続支援 B 型			
希望する日数	1 か月あたり 日			
申出の理由				

事業所確認欄

年間の利用日数の上限を 269 日とすることに同意します。

事業所名 _____

代表者名 _____