

日中活動サービスの原則の利用日数を超える
支給量を受ける利用者に係る申出書

年 月 日

泉大津市長様

日中活動サービスに係る原則の利用日数を超え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		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	受給者番号			
	居住地	〒 Tel		
届出者	フリガナ		申し出者との関係	<input type="checkbox"/> 代行者 <input type="checkbox"/> 代理人
	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"/> 自立訓練（機能・生活） <input type="checkbox"/> 就労選択支援 <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援（A型・B型）		
		<input type="checkbox"/> 旧法施設	<input type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 知的障害者	
		<input type="checkbox"/> 更生施設 <input type="checkbox"/> 授産施設 <input type="checkbox"/> 療護施設		
申出の理由		<input type="checkbox"/> 心身の状態が不安定である <input type="checkbox"/> 介護者が不在で特に支援が必要である <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%; margin-top: 10px;"></div>		