様式第１号（第６条関係）

年 月 日

八頭町重度身体障がい児者等在宅生活支援事業（入院時付添依頼助成事業）利用申請書

八頭町長 様

八頭町重度身体障がい児者等在宅生活支援事業（入院時付添依頼助成事業）実施要綱第６条の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申  請  者 | フリガナ |  | 生年月日 | | 年 月 日 | |
| 氏 名 |  |
| 居 住 地 | （電話） | | | | |
| フリガナ | |  | 生年月日 | | 年 月 日 | |
| 利用申請に係る児童氏名（要付添児） | |  |
| 入院（予定）病院名 | |  | | | | |
| 入院（予定）期間 | | 年　　月　　日　～  　　　　年　　月　　日 | | 利用（予定）  時間数 | | 時間 |
| 代替付添（予定）者又は事業所 | | 住所  氏名（事業所名） | | | | |
| 備　　　　考 | |  | | | | |
|