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 | 　 |
|