

年 月 日

総社市長 様

所在地
事業者名
代表者

印

総社市重症心身障がい児者等レスパイトサービス拡大促進事業
実施事業者承認申請書

総社市重症心身障がい児者等レスパイトサービス拡大促進事業補助金交付要綱第5条第1項の規定により、実施事業者の承認を受けたく、次のとおり申請します。

記

短期入所事業所名			
所在地			
指定年月日	年 月 日	事業所番号	
医療型・福祉型の別	医療型・福祉型		
種別及び定員	併設型（定員 人）空床型（定員 人）単独型（定員 人）		
受け入れ予測	実人員（ 人） 延べ日数（ 日）※		

※総社市の重症心身障がい児者等の受け入れ予測について記入のこと。