

様式第1号（第5条関係）

在宅重症心身障がい児等の家族に対する
レスパイトケア事業実施申請書

年 月 日

久喜市長 あて

所在地
事業所名
法人名
代表者名

下記の者に対し、久喜市在宅重症心身障がい児等の家族に対するレスパイトケア事業を実施したいので、申請します。

記

(フリガナ) 利用者氏名		生年月日	年	月	日
住 所					
手 帳	身体障害者手帳	有 (級)	・	無	
	療育手帳	有 ()	・	無	
医 療 的 ケアの状況	別表第1（スコア）25点以上・25点未満 (別表第1に該当する項目を記入)				
実施事業	短期入所事業 ・ 日中一時支援事業				