

(別紙様式1)

利 用 申 請 書

次のとおり施設を利用したいので申請します。

平成 年 月 日

申請者
住 所
氏 名

(実施主体の長又は保健所長) 殿

利用 の 状 況	氏 名			
	住 所			
	生 年 月 日			
	性 別	男 ・ 女		
手 帳 の 所 持 等	手 帳 等	有・無(程度等)		
	各更生相談所の証明 書類又は医師の意見書	有・無 ()		
	そ の 他			
家 族 の 状 況	氏 名	続柄	年齢	備 考
連 絡 先	氏名			利用者との続柄
	住所			電 話 番 号
希 望 施 設 名				

(別紙様式2)

利 用 決 定 通 知 書

平成 年 月 日に申請のあった下記の者の施設利用については、次により決定されたので通知します。

平成 年 月 日

(福祉事務所長、実施主体の長又は保健所長)

(申請者) 殿

利 用 者 氏 名	
利 用 開 始 年 月 日	
障 害 程 度 区 分	
利 用 料 の 負 担 額 (月額)	
施 設 名	
所 在 地	
利 用 に 際 し て の 注 意 事 項	

(備考)

利用者が身体障害者又は知的障害者であって、精神障害者通所授産施設を利用する場合、並びに、利用者が精神障害者であって、身体障害者又は知的障害者の施設を利用する場合は、施設の定める利用料を納付して下さい。

(別紙様式3)

利 用 依 頼 書

今般、下記の者に貴施設を利用させることが適当と認められるので通知します。

平成 年 月 日

(実施主体の長又は保健所長)

(施設名・施設長)殿

利用者の状況	氏名		生年月日	年 月 日生(歳)	
	住所			性別	男・女
手帳の所持等	手帳等	有・無(程度等)			
	各更生相談所の証明書類又は医師の意見書	有・無()			
	障害程度区分				
	その他				
連絡先	氏名		利用者との続柄		
	住所		電話番号		
利用料の負担額(月額)					
(備考) 施設利用料は、利用者等から徴収してください。					

(別紙様式4)

授産施設等利用調整結果について

平成 年 月 日に申請のあった授産施設の利用について、次の理由により不承認となりましたので通知します。

平成 年 月 日

(福祉事務所長、実施主体の長又は保健所長)

(申請者) 殿

氏 名	
住 所	
(不承認の理由)	
(備考)	