

別記様式

草津市障害者等日中一時支援事業届出書

年 月 日

草津市福祉事務所長 様

住 所

事業所名

代表者名

印

(電話

)

草津市障害者等日中一時支援事業の実施を届けます。

事業を行う施設名			
所在地			
事業責任者		連絡先	
主たる対象者		定員	人
対象地域			
事業実施開始年月日			
サービス利用時間帯 (項目・時間等)			
事業内容			
職員体制			
施設設備			
実費負担			
備考			

(注) 実費負担の額には食費、原材料費など実費負担金額を記入してください。