

様式第 3 号（第 7 条第 1 項関係）

草津市障害者等日中一時支援事業届出書

草津市長

宛

年 月 日

住 所

事業所名

代表者名

（電話 ）
令和 年度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 (障害児・障害者また障害種別)		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	※受け入れ可能な者に○をしてください。		
	<受入の可否>	重度心身障害 ・ 医 療 的 ケ ア 強度行動障害 ・ 車椅子利用者	

(注) 実費負担には食費、原材料費など実費負担金額を記入してください。