

厚木市重度障害児メディカルショートステイ利用申請書

(宛先) 厚木市長

次のとおり、厚木市重度障害児メディカルショートステイの利用を申請します。

(申請者)

〒

住 所

氏 名

電話番号

(利用者)

〒

住 所

氏 名

電話番号

生年月日

年

月

日生

歳

(申請事由)

- 保護者又は家族の疾病
- 保護者又は家族の事故等による負傷
- 保護者又は家族の冠婚葬祭

(希望利用期間)

年

月

日から

年

月

日まで

日間