第１号様式（第６条関係）

厚木市障がい者地域生活支援拠点機能強化補助金交付申請書

　年　月　日

（宛先）厚木市長

所在地

申請者　法人名

代表者名

次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 支援を受けた障がい者等 | 名　　　称 | ﾌﾘｶﾞﾅ |
|  |
| 住　　　所 | （〒　　　－　　　　） |
| 電話番号 |  |
| 介護者の氏名 |  |
| 介護者不在の理由 |  |
| 地域生活支援拠点 | 名　　　称 | ﾌﾘｶﾞﾅ |
|  |
| 所　在　地 | （〒　　　－　　　　） |
| 電話番号 |  |
| 支援の種類 | １．緊急時受入　２．緊急時訪問介護　３．連絡調整４．緊急時搬送（搬送先：　　　　　　　　　　　　　　） |
| 実施日数又は実施回数 |  |
| 申請金額 |  |