

様式第1号（第4条関係）

島本町軽度生活援助派遣申出書

年 月 日

島 本 町 長 様

申出者住所 島本町

電話番号 96 -

氏 名

印

次により軽度生活援助事業について派遣されるようお願いいたします。

・派遣を必要とする者

氏 名		M・T・S 年 月 日生 (歳) 男・女
住 所		身体障害者手帳 有(級)・無 障害名()

派遣希望理由

.....
.....
.....

・希望する世話の程度

1週当たりの派遣回数 (回)

1回当たりの派遣時間数 (時間)

・希望するサービスの内容

.....
.....
.....