様式第１号（第５条関係）

|  |
| --- |
| あさまる支援事業利用申請書　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日　　朝来市社会福祉協議会会　長　　　　　　　　　　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所　朝来市　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申 請 者　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　あさまる支援事業を利用しますので、次のとおり申請します。 |
|  | 利用者 | 氏名 | ふりがな | 性別 | 男女 |  |
|  |
| 生年月日 | 大正・ 昭和　平成　　　　　　年　　　　月　　　　日生（　　　歳） |
| 住所 | 朝来市 |
| 電話番号 |  |
| 緊急時の連絡先 | 氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 住　所 |
| 連絡先　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 利用されるサービスの種類 | 訪問サービス 　 宿泊サービス　 |
|  | 利用日 | 令和　　年　　月　　日(　)～令和　　年　　月　　日(　) |  |
|  | 利用時間 | ：　　～　　： |  |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　社協記入欄 |
| 利用日変更・中止 | 受付日 | 受付者 | 変更・中止日 |
|  |  |  |

様式第２号（第５条関係）

|  |
| --- |
| あさまる支援事業利用承認（不承認）決定通知書第　　　　号　令和　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　社会福祉法人　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　朝来市社会福祉協議会会 長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請のあったあさまる支援事業の利用について、下記のとおり決定しましたので通知致します。　　なお、この決定に不服のある場合は、この通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に理由を付して、朝来市社会福祉協議会会長に異議申立てをすることができます。記 |
|  | 項 | 内容 |  |
| １　承認します | 　①　　　　　年　　月　　日から開始します　②　利用料は、　　　円です |
| ２　不承認とします | 理由 |
|  |