

(第1号様式)

町田市障がい者緊急一時保護事業利用（延長利用）申請書

年 月 日

町 田 市 長 様

申請者	住 所	
	氏 名	
	電 話	( )

町田市障がい者緊急一時保護事業を利用したいので、町田市障がい者緊急一時保護事業実施要綱第6第1項の規定により、申請します。

保護対象者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)
	障害程度	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( 級) <input type="checkbox"/> 愛の手帳 ( 度)
保護の期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
保護施設	ひまつぶし ・ 町田福祉園 ・ 島田療育センター	
保護を必要とする理由		