

## 가족휴식지원 사업 신청서

신청인	성명(성별)	(□남 □여)			생년월일			
	연락처				건강상태 (장애/질병)			
동반 신청 가족	신청인 과의 관계	성 명	성 별	생년월일	건강상태 (장애/질병)	연 락 처	비 고	
			□남 □여					
			□남 □여					
			□남 □여					
			□남 □여					
가족휴식지원		<input type="checkbox"/> 힐링캠프- 참여일자:      년      월      일 * 일정 첫 날짜 ( <input type="checkbox"/> 가족캠프 <input type="checkbox"/> 인식개선캠프 <input type="checkbox"/> 동료상담캠프 ) <input type="checkbox"/> 테마여행- 참여일자:      년      월      일 * 일정 첫 날짜 <input type="checkbox"/> 자율여행- 참여일자:      년      월      일 * 일정 첫 날짜						
돌봄서비스 연계 (여행 중 돌보미 지원)		<input type="checkbox"/> 신청 <input type="checkbox"/> 미신청						

위와 같이 발달장애인 가족휴식지원사업 참여를 신청합니다.

년      월      일

신청인(대리 신청인) 성명:                      (서명 또는 인)

신청인과의 관 계:                      (대리 신청의 경우)

OO 기관 귀하

## 신청시 구비서류

- 개인정보 제공 및 활용 동의서(서식 1-1호)
- 복지카드사본 또는 장애인증명서
- 가족관계증명서 또는 주민등록표등본(가족관계증명서로 부양외무자를 확인할 수 없는 경우 제적등본)
- 기초생활보장수급자 증명서 또는 건강보험료 납부확인서 등 우선 선정 대상자를 증명할 수 있는 서류