

坂井市地域生活支援事業所 指定申請書

平成 年 月 日

(あて先)

坂井市長

(申請者)

所在地

名 称

代表者職氏名

印

坂井市障害者等地域生活支援事業実施規則第4条に規定する、地域生活支援事業を行う事業所として登録したいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者 (設置者)	フリガナ 名 称					
	主たる事務所の 所在地		〒	←郵便番号を半角数字7桁で記載してください		
	連絡先		電話番号		FAX番号	
	法人の種類				法人所轄庁	
	代表者	役 職				
フリガナ 氏 名						
住 所		〒	←郵便番号を半角数字7桁で記載してください			
登録を受けようとする 事業所・施設の 種類	フリガナ 名 称					
	事業所(施設) の所在地		〒	事業所(施設)所在地市町番号	地域区分	
	連絡先		電話番号		FAX番号	
	事業等の種類		<input type="checkbox"/> 移動支援事業	<input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス	<input type="checkbox"/> 日中一時支援事業 (日中預かり型)	<input type="checkbox"/> 日中一時支援事業 (放課後対策型)
	登録申請をする事業等の 事業開始予定年月日					
障害者総合支援法において 既に指定(基準該当登録)を 受けている場合		サービスの種類			事業所番号	
		事業所名称				

(備考)

- 「事業所(施設)所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 「法人の種類」欄には、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を選択してください。
- 「法人所轄庁」欄には、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 「登録を受けようとする事業所・施設の種類の種類」欄には、今回申請をするものについて必要事項を記載してください。
- 「障害者総合支援法において既に指定(基準該当登録)を受けている場合」欄には、事業所所在地の都道府県(市町村)において既に事業所としての指定(基準該当登録)を受け、番号が付番されている場合に、その事業所に関する事項を記載してください。複数の番号を有する場合には、そのうちの一つのみを記載してください。

※移動支援事業の場合は居宅介護、訪問入浴サービスの場合は介護保険制度における指定訪問入浴介護、日中一時支援(日中預かり型)の場合は短期入所、日中一時支援(放課後対策型)の場合は児童デイサービス・短期入所の事業所番号を記載してください。