

調布市長 宛

申請者 所在地
 名称
 代表者

移動支援事業者登録申請書

調布市移動支援費支給事業実施要綱に基づく移動支援事業者に係る登録を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

1 登録を受けようとする事業所

フリガナ				
事業所の名称				
事業所の所在地	(〒 -)			
連絡先	電話		FAX	
	メールアドレス			
管理者氏名				
従業者数	人 (移動支援に従事する実人数。常勤又は非常勤の区別なし)			
営業日				
営業時間				
サービス対象地域		事業の対象者(児童含む。)	<input type="checkbox"/> 身体障害(全身性) <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 発達障害 <input type="checkbox"/> 難病	(備考)

2 同一所在地で行う事業

フリガナ				
事業所の名称				
種別	<input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 行動援護	<input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 自立訓練 <input type="checkbox"/> 就労移行支援	<input type="checkbox"/> 就労継続支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	(備考)
	事業所番号		指定年月日	

3 添付書類

- (1) 「2 同一所在地で行う事業」欄に記載した事業に係る以下の書類
 - ア 都道府県からの指定通知書の写し
 - イ 運営規程
- (2) 移動支援事業に係る運営規程
- (3) 移動支援事業に係る従業者の一覧を示す書類