

事業所情報提供書

堺 市 長 殿

所在地

名 称

代表者職氏名

令和 8 年度堺市育児支援ヘルパー派遣事業にかかる事業所情報について、以下のとおり提供します。

事業所名		
事業所所在地	〒 ー	
事業所連絡先	電話番号	
	FAX 番号	
事業所区分 ※いずれかに○を付けてください。		介護保険法第 4 1 条第 1 項に基づく指定居宅サービス事業所（訪問介護を含む）、又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第 3 6 条以下に基づく指定障害福祉サービス事業者 ※指定書(写)を提出してください。
		上記指定居宅サービス事業者と同等の援助が提供できる者 ※実績報告書(任意様式)を提出してください。
派遣可能地域	※該当する項目に☑を入れてください。 <input type="checkbox"/> 全区 <input type="checkbox"/> 一部の区のみ（ <input type="checkbox"/> 堺区 <input type="checkbox"/> 中区 <input type="checkbox"/> 東区 <input type="checkbox"/> 西区 <input type="checkbox"/> 南区 <input type="checkbox"/> 北区 <input type="checkbox"/> 美原区）	
派遣可能曜日	※該当する項目に☑を入れてください。 <input type="checkbox"/> 全曜日（祝日含む） <input type="checkbox"/> 一部の曜日のみ （ <input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日 <input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 土曜日 <input type="checkbox"/> 日曜日 <input type="checkbox"/> 祝日）	

(注意)事業所が複数ある場合は、この用紙を複数枚使用してください。