

基準該当障害福祉サービス事業所登録申請書

年 月 日

堺市長 殿

住 所
 事業者 (所在地)
 氏 名
 (名称及び代表者氏名)

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に基づく基準該当障害福祉サービス事業者に係る登録を受けたいので、堺市基準該当障害福祉サービス事業所の登録等に関する要綱第4条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

		事業所所在地市町村番号				
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 ー)				
	連絡先	電話番号		ファックス番号		
	代表者の職氏名	職 名			フリガナ	
			氏 名			
代表者の住所	(郵便番号 ー)					
登録事業所	フリガナ					
	事業所名					
	所在地	(郵便番号 ー)				
	連絡先	電話番号		ファックス番号		
	同一所在地において行う事業の種類	実施事業	事業開始 予定年月日	既に登録されている事業		
				登録年月日	事業所番号	
		居宅介護	年 月 日	年 月 日		
		重度訪問介護	年 月 日	年 月 日		
		行動援護	年 月 日	年 月 日		
		生活介護	年 月 日	年 月 日		
		短期入所	年 月 日	年 月 日		
		自立訓練(機能訓練)	年 月 日	年 月 日		
自立訓練(生活訓練)		年 月 日	年 月 日			
就労継続支援 B型		年 月 日	年 月 日			

- (注意) 1 登録申請に際しては、別に定める付表を添付してください。
 2 登録して行おうとする事業について、該当する「実施事業」欄に○を付けてください。
 3 既に登録している事業について、登録年月日と事業所番号を記載してください。