様式第１４号(第２０条関係)

堺市障害者日中一時支援事業者登録申請書

年　月　日

堺　市　長　　殿

申請者
- 主たる事務所の所在地：
- 名称：
- 代表者の職・氏名：　　㊞

日中一時支援事業者の登録を受けたいので、堺市障害者日中一時支援事業実施要綱第１５条の規定により次のとおり申請します。

申請者	名称又は氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)				
	主たる事務所の所在地又は住所	郵便番号　(　　)				
	連絡先	電話番号		ファックス番号		
	法人の種別			法人所轄庁		
	代表者の職・氏名	職名		ﾌﾘｶﾞﾅ		
				氏名		
	代表者の住所	郵便番号　(　　)				
事業所	名称	(ﾌﾘｶﾞﾅ)				
	事業所（施設）の所在地	郵便番号　(　　)				
	連絡先	電話番号		ファックス番号		
	登録に係る記載事項	付表のとおり				
	事業所番号	短期入所の指定を受けている場合				
		平成18年9月30日において短期入所の指定を受けている場合				
	児童の受入れ	小学校就学の始期に達するまでの児童受入れ		受け入れる		受け入れない

備考

1　法人の種別の欄には、社会福祉法人、医療法人、一般社団法人、公益社団法人、一般財団法人、公益財団法人、株式会社等の別を記入してください。

2　法人所轄庁の欄には、申請者が行政庁(大臣、都道府県知事等)の許認可等を受けて設立された法人である場合に、その行政庁の名称を記入してください。