様式第１号（第４条関係）

年　　　月　　　日

池田市地域生活支援給付事業所登録申請書

（宛先）池田市福祉事務所長

所 在 地

申請者　名　　称

(設置者)　代 表 者

　地域生活支援給付事業所の登録を受けたいので､池田市地域生活支援事業実施規則第４条の規定に基づき､下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者（設置者） | 名称 | (フリガナ) |
|  |
| 主たる事務所の所在地 | 郵便番号(　　　　－　　　　　)　　　　　　　　　都　道　　　　　　　　　郡　市　　　　　　　　　府　県　　　　　　　　　区 |
| ビルの名称等 |
| 連絡先 | 電話番号 | (　　　　　)　　　　　　－ | ＦＡＸ番号 | (　　　　　)　　　　　　－ |
| 法人の種別 |  | 法人所管庁 |  |
| 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(　　　　－　　　　　)　　　　　　　　　都　道　　　　　　　　　郡　市　　　　　　　　　府　県　　　　　　　　　区 |
| ビルの名称等 |
| 登録を受けようとする事業所の種類 | 名称 | (フリガナ) |
|  |
| 事業所の所在地 | 郵便番号(　　　　－　　　　　)　　　　　　　　　都　道　　　　　　　　　郡　市　　　　　　　　　府　県　　　　　　　　　区 |
| ビルの名称等 |
| 同　一　事　業　所　に　お　い　て　行　う　事　業　等 |
| 事　　業　　等　　の　　種　　類 | 登録申請をする事業 | 既に登録等を受けている事業 |
|  | 事業開始予定年月日 |  | 事業所番号及び年月日 |
| 移動支援 |  | 年　　 月 　　日 | 指　定登　録 | 事業所番号 |
| 年　　　月　　　日 |
| 日中一時支援 |  | 年　　 月 　　日 | 指　定登　録 | 事業所番号 |
| 年　　　月　　　日 |
| 障がい者デイサービス |  | 年　　 月 　　日 | 指　定登　録 | 事業所番号 |
| 年　　　月　　　日 |
| 意　　思　　疎　　通　　支　　援 |  | 年　　 月 　　日 | 指　定登　録 | 事業所番号 |
| 年　　　月　　　日 |
| 移　　　　動　　　　入　　　　浴 |  | 年　　 月 　　日 | 指　定登　録 | 事業所番号 |
| 年　　　月　　　日 |
| 介護保険において事業者指定を受けている場合はその番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　（備考）

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | ｢法人の種別｣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｣｢一般社団法人｣｢一般財団法人｣｢株式会社｣等の別を記載してください。 |
| 2 | ｢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。 |
| 3 | ｢同一事業所において行う事業等｣の欄のうち｢登録申請をする事業｣の欄には､今回申請をする事業について､該当する欄に｢○｣を記載し､事業開始予定年月日を記載してください。 |
| 4 | ｢同一事業所において行う事業等｣の欄のうち｢既に登録等を受けている事業｣の欄には､事業所としての指定又は登録を受け､番号が付されている場合には､その事業所番号等を記載してください。 |