

鞍手町地域生活支援事業指定(変更)申請書

令和 年 月 日

鞍手町長 様

所在地

名 称

印

代表者職名・氏名

鞍手町地域生活支援事業 (移動支援事業 ・ 日中一時支援事業) を
 行う者として令和 年 月 日付で事業者の指定(変更)を受けたいので、
 関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ											
	名 称											
	主たる事業所の所在地	(〒 -)										
	連絡先	電話番号					ファックス番号					
	法人の種別											
	代表者の職・氏名	職 名					フリガナ 氏 名					
事業所	フリガナ											
	名 称											
	所在地	(〒 -)										
	連絡先	電話番号					ファックス番号					
管理者	フリガナ					住所	(〒 -)					
	氏 名											
地域生活支援事業指定番号	無 ・ 有		4	0	6							
定員数	移動支援事業					人		送 迎		有 ・ 無 (日中一時の場合)		
	日中一時支援事業					人						
従業員数	専従			兼務			有資格者の状況					
	・常勤(人)	人		人								
	・非常勤(人)	人		人								
営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日			
営業時間	平日	～				土曜	～		日・祝	～		
	備考											
事業実施地域	①			②			③			④		
	備考											
事業所としての自己評価項目	<input type="checkbox"/> 秘密保持		<input type="checkbox"/> 事故対策			<input type="checkbox"/> 家族等へのお知らせ						
	<input type="checkbox"/> 苦情相談窓口		<input type="checkbox"/> 職員研修体制									

※ 添付書類 県の指定障害者福祉サービス事業者の**指定通知書**の写し

※ 書類送付先 申請者 ・ 事業所