移動支援事業指定申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年 　 月 　日

　　　川南町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　　　印

　川南町移動支援事業実施要綱第３条の規定により、指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて

申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フ　リ　ガ　ナ | | |  | | | | |
| 名　　　　称 | | |  | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | | | (郵便番号　　　　 ―　　　　)  　　　　　　県　　　　　　郡・市 | | | | |
|  | | | | |
| 法人の種別 | | |  | | | 法人所轄庁 |  |
| 連絡先 | | 電話番号 |  | | | ＦＡＸ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　　　　 ―　　　　)  　　　　　　県　　　　　　郡・市 | | | | |
| 指定を受けようとする事業所の種類 | フリガナ | | |  | | | | |
| 名　　　　称 | | |  | | | | |
| 事業所の所在地 | | | (郵便番号　　　　 ―　　　　)  　　　　　　県　　　　　　郡・市 | | | | |
| 事業開始予定年月日 | | |  | | | | |
| 同一所在地において  行う事業等の種類 | | | 実施  事業 |  | | | |
| 指定障害福祉サー  ビス事業所 |  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
| 例)居宅介護 | | ○ |
| 指定施設支援 |  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
| 例)身体障害者更生施設 | | ○ |

（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｣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　添付書類

　　　(1) 申請者の定款､寄付行為等

　　 （2）従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表

　　　(3) 運営規定

　　 （4）利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

　　　(5) その他必要な書類