

須坂市移動支援サービス事業者指定申請書

年 月 日

(あて先) 須坂市長

申請者 所在地
(設置者) 名称
代表者

印

須坂市移動支援サービス事業実施要綱第8に規定する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。

指定障害福祉サービス事業者指定年月日 年 月 日

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					
	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			
申請事業所	フリガナ 名称					
	事務所(施設)の 所在地		(郵便番号 -) 県 郡・市			
管理者		フリガナ 名称				
サービス提供責任者		フリガナ 名称				
従業者の職種・員数		専 従		兼 務		
従業者数	常勤(人)					
	非常勤(人)					
	常勤換算後の人数(人)					
主な揭示事項						
営業日						
営業時間						
主たる対象者		全ての障害者 ・ ()				
事業の実施地域						
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況		している ・ していない			
	苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)			担当者	
	その他					
添付書類		事業に係るサービス従事者一覧、従事者の資格要件をみたしていることを証明する書類及び都道府県知事等からの指定障害福祉サービス事業者の指定書の写し又は次の①～③の全ての書類 ①事業者の概要がわかるもの②登記事項証明書(法人用)③定款				

(備考)

- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 「法人の種別」欄には、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」「特定非営利活動法人」等の別を記載してください。