

(様式第1号)

受付番号

地域生活支援事業所登録申請書

年 月 日

常滑市長 殿

申請者 所在地

(設置者) 名 称

代表者

印

常滑市における障害者総合支援法に規定する指定地域生活支援事業所(移動支援事業・日中一時支援事業・訪問入浴サービス事業・生活サポート事業・居室確保支援事業)に係る登録を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

事業所(施設)所在地市町村番号

申請者(設置者)	フリガナ 名 称			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 —) 県 郡・市		
	法人種別		法人所轄庁	
	連絡先	電話番号		F A X 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・施設の種別	フリガナ 名 称			
	事業所(施設)の所在地	(郵便番号 —) 県 郡・市		
	連絡先	電話番号		F A X 番号
		メールアドレス		
	指定申請する事業の種類	指定申請をする事業の 開始予定年月日	障害者総合支援法/児童福祉法 /介護保険法の指定事業種別	備考
	移動支援			
	日中一時支援			
	生活サポート			
	居室確保支援(緊急一時的宿泊)			
	居室確保支援(体験宿泊支援)			
訪問入浴サービス				
例)移動支援	○	平成 18 年 10 月 1 日	居宅介護	

(備考)

- 「受付番号」「事業所(施設)所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 「法人である場合その種別」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」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記載してください。
- 「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。
- 「同一所在地において行う事業等の種別」欄の事業のうち、今回申請をするものについて実施事業欄に○を記載し、事業開始予定年月日を記載してください。
- 添付書類として、「【別表】地域生活支援事業所登録申請等に係る必要書類一覧」に指定されているものを提出してください。