第５号様式（第９関係）

年　　月　　日

　　　調布市長　宛

申請者　所在地

名　称

代表者

移動支援事業者登録申請書

　　調布市移動支援費支給事業実施要綱に基づく移動支援事業者に係る登録を受けたいので，関係書類を添えて申請します。

１　登録を受けようとする事業所

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フ　リ　ガ　ナ |  | | | | | | | |
| 事業所の名称 |  | | | | | | | |
| 事業所の所在地 | （〒　　　－　　　　） | | | | | | | |
| 連絡先 | 電　話 | |  | | | ＦＡＸ |  | |
| メールアドレス | |  | | | | | |
| 管理者氏名 |  | | | | | | | |
| 従業者数 | 人 | （移動支援に従事する実人数。常勤又は非常勤の区別なし） | | | | | | |
| 営業日 |  | | | | | | | |
| 営業時間 |  | | | | | | | |
| サービス  対象地域 |  | | | 事業の対象者  （児童含む。） | □　身体障害（全身性）  □　視覚障害  □　知的障害  □　精神障害  □　高次脳機能障害  □　発達障害  □　難病 | | | （備　考） |
|  |

２　同一所在地で行う事業

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フ　リ　ガ　ナ |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の名称 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 種別 | □　居宅介護  □　重度訪問介護  □　同行援護  □　行動援護 | | | | | | □　生活介護  □　短期入所  □　自立訓練  □　就労移行支援 | | | | | | □　就労継続支援  □　放課後等デイサービス | | （備　考） |
|  |
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | 指定年月日 | |  | |

３　添付書類

（１）「２　同一所在地で行う事業」欄に記載した事業に係る以下の書類

ア　都道府県からの指定通知書の写し

イ　運営規程

（２）　移動支援事業に係る運営規程

（３）　移動支援事業に係る従業者の一覧を示す書類