

障害者地域生活支援事業者指定等申請書

年 月 日

函館市長 様

申請者 住 所
(設置者)
氏 名

印

〔 法人にあつては主たる事業所の所在地ならびに名称および代表者の氏名 〕

函館市障害者地域生活支援事業の委託に係る事業者の指定等を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者 (設置者)	フリガナ			
	名 称			
	主たる事務所の所在地		〒 (ビルの名称等)	
	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		〒 (ビルの名称等)	
指定等 を申請 する 事業所等	フリガナ			
	名 称			
	事業所等の所在地		〒 (ビルの名称等)	
	指定等の申請事業			
	同一所在地において 行っている事業等の種類		実施事業	他の法律において既に指定等を受けている事業等の指定年月日
	サ ー ビ ス 社 等			備 考
	事業所番号		同一の法律において既に指定を受けている場合	

(備考)

- 「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。
- 「指定等の申請事業」欄には、今回申請する事業を記載してください。ただし、日中一時支援事業所の指定を申請する事業所のうち、看護師を配置し、サービス提供中において、医療的ケアの実施を希望する場合は、「看護師配置による対応可」と記載してください。
- 「同一所在地において行う事業等の種類」欄には、既に指定等を受けているものについて事業の種類および指定年月日を記載してください。
- 「〇〇事業所番号」欄には、既に指定等を受け、番号が付番されている場合に、その事業所番号を記載してください。複数の番号を有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。
- 変更申請の場合については、指定等を受けている事務所番号を記入の上、変更を行う事業所（施設）の変更指定を受ける内容について記載してください。