|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

地域生活支援事業者指定（更新）申請書

（申請先）

　姶良市福祉事務所長　殿

（申請者）

所在地

名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　姶良市地域生活支援事業実施規則に規定する指定事業に係る指定を（受けたい・更新したい）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 | 〒 |  | ←郵便番号を半角数字7けたで記載してください。 |
|  |
|  |
| 連絡先 | 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 法人の種類 |  | 法人所轄庁 |  |
| 代表者 | 役職 |  |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒 |  | ←郵便番号を半角数字7けたで記載してください。 |
|  |
|  |
| 指定を受けようとする事業所・施設の種類 | フリガナ |  |
| 名称 |  |
| 事業所（施設）の所在地 | 〒 |  | 事業所（施設）所在地市町村番号 |  | 級地区分 |  |
|  |
|  |
| 連絡先 | 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 事業所等の種類 | □移動支援事業 | □日中一時支援事業 |  |
| 指定申請をする事業等の事業開始予定年月日 |  |  |  |
| 法において既に指定を受けている場合 | サービスの種類 |  | 事業所番号 |  |
| 事業所名称 |  |

（備考）

　　１　「事業所（施設）所在地市町村番号」欄及び「級地区分」欄には、記載しないでください。

　　２　「法人の種類」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」等の別を記載してください。

　　３　「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。

　　４　「指定を受けようとする事業所・施設の種類」欄には、今回申請をするものについて必要事項を記載してください。

　　５　「法において既に指定を受けている場合」欄には、事業所所在地の都道府県において既に事業所としての指定を受け、番号が付番されている場合に、その事業所に関する事項を記載してください。複数の番号を有する場合には、そのうちの一つのみを記載してください。