様式第４号（第３条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 |  |

指定移動支援事業者指定申請書

年　　月　　日

　　　坂出市長　殿

申請者　　　所在地

（設置者）　　名　称

代表者　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　坂出市移動支援給付事業実施要綱第３条に基づき，下記のとおり指定を受けた内容を変更したので届け出ます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 登録内容を変更  した事業所 | | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 変更があった事項 | | | 変　更　の　内　容 |
| １ | 申請者（設置者）の名称 | | （変更前） |
| ２ | 申請者（設置者）の主たる  事務所の所在地，連絡先 | |
| ３ | 代表者の職・氏名，住所 | |
| ４ | 事業所（施設）名称 | | （変更後） |
| ５ | 事業所（施設）所在地，連絡先 | |
| ６ | その他（　　　　　　　） | |
| 変更年月日 | | | 年　　　月　　　日 |

　（備考）

　　１　「受付番号」欄には記載しないでください。

　　２　該当項目番号に○を付けてください。

　　３　変更内容が分かる書類を添付してください。