様式第１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

　　坂出市障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行細則第19条に規定する地域生活支援事業の指定を受けたいので，下記のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | |
|  | | | | |
| 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 | （郵便番号 　　　　―　　　　）  　　　　　 　県　　　　　　郡・市 | | | | |
|  | | | | |
| 指定を受けようとする事業所 | 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 |  | | FAX番号 |  |
| 対象とする  障害種別 | 身体　　・　　知的　　・　　児童　　・　　精神　　・　　特定無し | | | | |
| 開始予定年月日 | 年　　　月　　　日　から　開始予定 | | | | |

　（備考）

　　１　「受付番号」欄には記載しないでください。

　　２　「対象とする障害種別」について，該当するものに○を付けてください。

　　３　県から指定居宅事業所等の指定を受けているときは，それを確認することができる書類を添付してください。