

令和XX年XX月XX日

調布市長 宛

申請者 所在地 **〇〇市〇〇町X-X-X**
 名称 **特定非営利活動法人〇〇〇〇会**
 代表者 **理事長 〇〇 〇〇**

移動支援事業者登録申請書

代表者印の押印は不要です。
 （令和4年度から）

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	チヨウフフクシサービスジギョウシヨ			
事業所の名称	調布福祉サービス事業所			
事業所の所在地	(〒XXX-XXXX) 〇〇市〇〇町X-X-X △△ビル201号			
連絡先	電話	XXX-XXX-XXXX	FAX	XXX-XXX-XXXX
	メールアドレス	xxxxxx@xxx.com		
管理者氏名	調布 太郎			
従業者数	XX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	月～土 (サービス提供は土日・祝日を含む。)			
営業時間	8:00～18:00 (サービス提供は左記の時間外も応相談。)			
サービス対象地域	〇〇市 〇〇市 〇〇町	事業の対象者 (児童含む。)	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害 (全身性) <input checked="" type="checkbox"/> 視覚障害 <input checked="" type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input checked="" type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input checked="" type="checkbox"/> 難病	(備考)

必ず2に掲げる事業と同じ場所としてください。

調布市外の事業所で、調布市外のグループホーム入居者のみを対象とする場合等は、「調布市」をサービス提供地域に含めないことも可能です。

2 同一所在地で行う事業

フリガナ	チヨウフフクシサービスジギョウシヨ			
事業所の名称	調布福祉サービス事業所			
種別	<input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護 <input checked="" type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input checked="" type="checkbox"/> 行動援護	<input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 自立訓練 <input type="checkbox"/> 就労移行支援	<input type="checkbox"/> 就労継続支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	(備考)
事業所番号	1 3 X X X X X X X X	指定年月日	令和XX年XX月XX日	

事業者指定上の名称等を記載してください。

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