

様式第 1 号

入間市障害者移動支援事業者登録申請書

年 月 日

(あて先) 入間市長

所在地

申請者 団体名

代表者名

印

障害者移動支援事業者登録をしたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者情報	フリガナ 申請者名				
	フリガナ 申請者住所	(〒 —)			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
	フリガナ 代表者氏名				
	フリガナ 事業所名	(〒 —)			
事業所情報	フリガナ 事業所所在地	(〒 —)			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
	職員の配置状況	フリガナ 事業所責任者氏名			
		職員数 人 (常勤 人・非常勤 人)			
		資格取得者数 (資格ごとに記載)			
	同一事業所で 実施している 他の事業等				
	主たる対象者	制限なし・身体障害者・知的障害者・障害児・精神障害者			

(添付書類)

- 1 従業者名簿
- 2 従業者の有する資格等の写し
- 3 指定通知書 (居宅介護・重度訪問介護)