様式第1号（第5条関係）

　　年　　月　　日

小野町地域生活支援拠点等事業所登録申請書

　小野町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　申請者　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　地域生活支援拠点事業所の登録について、次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所番号（指定障害福祉サービス事業所の場合） |  |
| 事業の種類 |  |
| フリガナ |  |
| 事業所の名称 |  |
| 事業所(施設)の所在地 |  |
| 連絡先 | 電話番号 |  | ＦＡＸ |  |
| E-Mail |  |
| 地域生活支援拠点として担う機能（該当する機能に〇をつけてください） |  | ①相談 |
|  | ②緊急時の受け入れ・対応 |
|  | ③体験の機会・場 |
|  | ④専門的人材の確保・養成 |
|  | ⑤地域の体制づくり |
| 開始予定年月日 | 年　　 月　　 日 |

(備考)

１　開始書類として、必要に応じて地域生活支援拠点の機能を記載した「運営規定の写し」を添付してください。

２　開始予定月の前月15日までに申請してください。