様式第１号（第４条関係）

宇美町補装具費・日常生活用具・移動支援・日中一時事業登録申請書

年　　　月　　　日

　宇美町長　殿

　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人にあっては名称及び代表者の氏名）

　宇美町補装具費・日常生活用具・移動支援・日中一時事業事業者登録要綱の規定に基づく登録を受けたく、関係書類を添えて申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ事業所名 |  |
| 事業所所在地 | 〒電話番号　　　　（　　　　） |
| 事業の種類 | 補装具　　・　　日常生活用具移動支援　　・　　日中一時 |
| 法人所在地（事業所と別にある場合記載） | 〒電話番号　　　　（　　　　） |
| 事業所代表者職氏名 | 　　 |

添付書類（変更があった場合は、その都度提出すること。）

・法人の場合　　登記簿謄本、財務諸表（貸借対照表及び損益計算書）

・個人の場合　　代表者の身分証明書、確定申告の写し

付表

**移動支援事業者の登録に係る記載事項**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ |  |
| 名　称 |  |
| 所　在　地 | 〒　　　　　　　　　　　　　電話　　　　（　　　） |
| 事業者番号 | 　　　　　　　　　　　　　　　　（既に付番されている場合に記入） |
| 管理者 | フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 従業者 |  | 移動支援事業従業者 |  |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 常勤（人） |  |  |  |  |
| 非常勤（人） |  |  |  |  |
| 常勤換算後の人数 |  |  |
| 営業日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 備考（その他年間の休日） |  |
| □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 営業時間 | 平日 | ～ | 土曜 | ～ |
| 日曜・祝日 | ～ | 備考 |  |
| 主たる対象者 | □　特に指定なし　　□　身体障害者　　□　知的障害者□　精神障害者　　　□　障害児　　　　□　その他限定内容（　　　　　） |
| その他の費用 |  |

（備考）

　「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容等を

　記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ |  |
| 名　称 |  |
| 所　在　地 | 〒　　　　　　　　　　　　　電話　　　　（　　　） |
| 事業者番号 | 　　　　　　　　　　　　　　　　（既に付番されている場合に記入） |
| 管理者 | フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 従業者 |  | 保育士 | 小学校/幼稚園教員免許 | 児童指導員（経験３年以上） | 認定心理士他同様の資格 | その他従業員 |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 常勤（人） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 非常勤（人） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 常勤換算後の人数（人） |  |  |  |  |  |
| 営業日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 備考（その他年間の休日） |  |
| □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 営業時間 | 平日 | ～ | 土曜 | ～ |
| 日曜・祝日 | ～ | 備考 |  |
| 主たる対象者 | □　特に指定なし　　□　身体障害者　　□　知的障害者□　精神障害者　　　□　障害児　　　　□　その他限定内容（　　　　　） |
| 障害児の受入れについて | ※「未就学児は受入れ不可」など制限がありましたら詳しく記入してください |
| その他の費用 |  |
| 施設・設備等 | 利用定員 |  | 人 |  |
| 建物の構造・概要 | 構造 |  | 延床面積 | ㎡ |
| 居室 | 居室の数 | 室 | 居室以外 | 食堂 | 浴室 | 洗面設備 | 便所 |
| １室の最大人数 | 人 |
| １人あたりの最小床面積 | ㎡ | □ | □ | □ | □ |

付表

**日中一時支援事業者の登録に係る記載事項**

（備考）

　「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容等を

　記入してください。