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。