様式第１号（第４条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

基準該当通所支援事業者登録申請書

　　　　　　　年　　月　　日

　　宇美町長　様

所在地

申請者

（代表者氏名）

　児童福祉法に規定する基準該当通所支援事業者の登録を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | 事業所（施設）所在地市町村番号 | | | |  |
| 申請者(設置者) | フリガナ |  | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | (郵便番号　　　－　　　　) | | | | | | |
| (ビルの名称等) | | | | | | |
| 法人である場合その種別 |  | | | | 法人所轄庁 | |  |
| 申請者連絡先 | 電話番号 |  | | | FAX番号 | |  |
| 代表者の職・氏名 | 職名 |  | | | フリガナ | |  |
| 氏名 | |  |
| 代表者の住所 | (郵便番号　　　－　　　　) | | | | | | |
| (ビルの名称等) | | | | | | |
| 登録を受けようとする事業所・施設の種類 | フリガナ |  | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | |
| 事業所の所在地 | (郵便番号　　　－　　　　) | | | | | | |
| (ビルの名称等) | | | | | | |
| 同一所在地において行う事業等の種類 | 登録申請をする事業等の事業開始予定年月日 | | | 添付書類 | | 備考 | |
|  | 年　　月　　日 | | |  | |  | |
|  | 年　　月　　日 | | |  | |  | |
|  | 年　　月　　日 | | |  | |  | |
|  | 年　　月　　日 | | |  | |  | |
|  | 年　　月　　日 | | |  | |  | |
|  | 年　　月　　日 | | |  | |  | |
|  | 年　　月　　日 | | |  | |  | |

　備考

　　１　「受付番号」欄には記載しないでください。

　　２　「法人である場合その種別」欄には、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記載してください。

　　３　「法人所轄庁」欄には、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。