様式第1号(第4条関係)

基準該当障害福祉サービス等事業所登録申請書

年　　月　　日

　　八頭町長　様

所在地

申請者

(設置者)

名称 　　　　　　　　印

　八頭町基準該当障害福祉サービス等事業者の登録等に関する規則第4条の規定により、基準該当障害福祉サービス等事業所の登録を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者(設置者) | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | | (郵便番号　　―　　　) | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 法人である場合その種別 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 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　　―　　　) | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 登録を受けようとする事業の種類 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所(施設)の所在地 | | (郵便番号　　―　　　) | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 同一所在地において行う事業等の種類 | | | | | | | | | | | | | | 備考 | | |
| 登録申請をする事業等及びその事業開始予定年月日 | | 実施事業 | |  | | | | | | | | | |  | | |
| 事業開始予定年月日 | |  | | | | | | | | | |  | | |
| 他の法律において既に指定を受けている事業等及び指定年月日 | | 実施事業 | |  | | | | | | | | | |  | | |
| 指定年月日 | |  | | | | | | | | | |  | | |
| 介護保険事業所番号 | | 事業等の種類 | 事業開始年月日 | | 事業所指定番号 | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |

備考　登録を受けようとする事業について、指定障害福祉サービス等基準を満たすことを証する書類を添付してください。