様式第1号(第3条第1項)

(その1)

　　年　　月　　日

　　四街道市長　　　　様

所在地

申請者　名称

代表者氏名

地域生活支援サービス事業者登録申請書

　地域生活支援サービス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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | (郵便番号　　　　―　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先電話番号 |  | | | | FAX番号 |  | | | | | | | | | | |
| 法人の種別 |  | | | | 法人所轄庁 |  | | | | | | | | | | |
| 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　　　　―　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 提供するサービスの種類(○で囲んでください) | | 移動支援　　日中一時支援　　訪問入浴サービス　　地域活動支援センター | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービスを提供する事業所の種類等 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の所在地 | (郵便番号　　　　―　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請をする事業の開始予定日 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記事業所において既に実施している障害福祉サービス事業 | 事業の種類 | | 指定年月日 | 指定を受けている都道府県・市名 | | | 事業所番号 | | | | | | | | | |
|  | |  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

備考

　1　「法人の種別」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」等の別を記載してください。

　2　「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。

　3　「事業所番号」欄には、千葉県、千葉市又は船橋市において既に事業所としての指定を受け、番号が付番されている場合に、その事業所番号を記載してください。複数の番号を有する場合及び他の法律において既に指定を受けている場合は、別紙にそのすべてを記載してください。

(その2)

地域生活支援サービス事業登録事業所調査書

　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ |  | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | |
| 所在地 | (〒　　　　―　　　　) | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | | | | FAX番号 |  |
| 管理者 | フリガナ |  | | 住所 | (〒　　　　―　　　　) | | | |
| 氏名 |  | |
| 他の事業との兼務の有無 | | | | 有・無 | | | |
| 当該事業の実施について定めてある定款又は寄附行為等 | | | | | | 第　　　　条　第　　　　項　第　　　　号 | | |
| サービス提供責任者 | | フリガナ |  | 住所 | (〒　　　　―　　　　) | | | |
| 氏名 |  |
| 他の事業との兼務の有無 | | | | | 有・無 | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 従業者の職種・員数 | | 事業従業者 | | ※　ここにいう事業従業者とは、申請する地域生活支援サービス事業に従事できる者とする。 |
| 専従 | 兼務 |
| 従業者数 | 常勤(人) |  |  |
| 非常勤(人) |  |  |

主な事業者情報

|  |  |
| --- | --- |
| 営業日 |  |
| 営業時間 |  |
| 対象とする障害の種類 | 身体障害者・知的障害者・精神障害者・障害児 |
| 利用料 |  |
| その他の費用 |  |
| 通常の事業の実施地域 |  |

備考

　1　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載してください。

　2　「主な事業者情報」については、簡潔に記入してください。

　3　「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について記載してください。

　4　「通常の事業の実施地域」欄は、移動支援事業のみとし、市区町村名を記載してください。

提出する書類

　　・定款又は寄附行為等及び登記事項証明書

　　・事業所の運営規程

　　・管理者及びサービス提供責任者の氏名、住所及び経歴を示すもの

　　・地域生活支援サービスの利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要を示すもの

　　・協力医療機関との契約の内容を示すもの(日中一時支援を提供する事業所に限る。)

　　・その他市長が必要と認める書類

　※提出書類に記載された事項を、インターネット等を利用して市長が確認することができる場合は、当該事項を記載した書類の提出を省略することができる。