

松阪市障害者日中一時支援事業者指定申請書

（宛先）松阪市福祉事務所長

年 月 日

（申請者）

所在地：

名 称：

代表者の職・名前：

㊟

松阪市障害者日中一時支援事業実施規則第6条の規定により、日中一時支援指定事業者の指定を受けたいので、次のとおり申請します。

指 定 を 受 け よ う と す る 事 業 所	フリガナ			
	名 称			
	所 在 地			
	連 絡 先	電話番号		
		E-mail		
	責 任 者 名			
	開始予定年月日			
指 定 要 件 *必要書類を添付 すること(※1)	いずれかに○をしてください () ①指定障害福祉サービス事業者 () ②指定障害児通所支援事業者 () ③その他 ()			
この申請に係る担当者	(電話番号) (E-Mail)			

(※1) 添付書類

- ①②③共通 運営規程、事業所平面図
- ①に該当する場合 指定障害福祉サービス事業者の指定通知の写し
- ②に該当する場合 指定障害児通所支援事業者の指定通知の写し
- ③に該当する場合 定款又は登記簿、従業員の勤務の体制及び事業所の設備の概要並びに施設長（責任者）及び従業者（指導員）の経歴書、資格者証及び研修終了証書

