

松阪市障害者移動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： ㊟

松阪市障害者移動支援事業実施規則第 6 条の規定により、移動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)	法第 29 条第 1 項に規定する指定に係る障害福祉サービス () 居宅介護 () 重度訪問介護 () 同行援護 () 行動援護		
	自動車による 移送の実施	☐ 実施する※ ☐ 実施しない	
この申請に係る担当者		(電話番号) (E-Mail)	

(※1) 添付書類

☐ 運営規程

☐ 指定障害福祉サービス事業者の指定通知の写し

※自動車による移送を実施する場合は「障害福祉サービス等における輸送に係る法的取扱いについて（R6.4.16 厚生労働省事務連絡）」のとおりとする。