様式第４号（第6条関係）

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。