様式第1号（第4条関係）

基準該当事業者登録申請書

　　　　年　　　月　　　日

丸亀市長　宛

（申請者）

所在地

事業者　名称

代表者氏名

丸亀市基準該当障害福祉サービス事業者の登録等に関する規則第4条第1項の規定により、次のとおり基準該当事業者の登録を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | 事業所所在地市町村番号 | | | | | | | |  | |
| 申請者 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事業所の所在地 | | 〒　　　－ | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | |  | | | | | FAX番号 | |  | | | |
| 代表者の役職名・氏名 | | 役職名 | |  | | | | | フリガナ | |  | | | |
| 氏名 | |  | | | |
| 代表者の住所 | | 〒　　　－ | | | | | | | | | | | | |
| 基準該当事業所 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | 〒　　　－ | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 |  | | | | FAX番号 | | |  | | | | |
| 同一所在地において行う事業 |  | | 実施 | | | 事業開始(予定)年月日 | | すでに登録されている場合 | | | | | | 付表 |
| 登録年月日 | | | | 事業所番号 | |
| 介護保険　通所介護 | |  | | |  | |  | | | |  | |  |
| 生活介護 | |  | | |  | |  | | | |  | |  |
| 自立訓練 | |  | | |  | |  | | | |  | |  |
|  | |  | | |  | |  | | | |  | |  |
|  | |  | | |  | |  | | | |  | |  |

（注意）

申請に際しては、市長が別に定める付表を添付してください。