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。