様式第1号(第4条関係)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 |  |

基準該当障害福祉サービス事業者登録申請書

年　　月　　日

　(申請先)

　　日南町長　　　　　　　　様　　　　　　　　　　所在地

名称

代表者氏名

　障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第30条第1項に規定する基準該当障害福祉サービス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 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | | 〒 | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 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 | |
| 居宅介護 | |  |  | | |  | | | | |  | |  |
| 重度訪問介護 | |  |  | | |  | | | | |  | |  |
| 行動援護 | |  |  | | |  | | | | |  | |  |
| 生活介護 | |  |  | | |  | | | | |  | |  |
| 児童デイサービス | |  |  | | |  | | | | |  | |  |
| 自立訓練 | |  |  | | |  | | | | |  | |  |
| 就労継続支援B型 | |  |  | | |  | | | | |  | |  |

　(添付書類)

(1)　事業所の平面図

(2)　事業所の設備の概要

(3)　事業所の管理者の氏名、経歴及び住所

(4)　事業所のサービス提供責任者の氏名、経歴及び住所

(5)　運営規程

(6)　障害者又はその家族からの苦情を解決するために講ずる措置の概要

(7)　当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態

(8)　当該申請に係る事業に関する資産の状況

(9)　その他登録に関し町長が必要と認める事項