様式第１号（第４条関係）

年　　月　　日

移動支援事業所登録申請書

うるま市福祉事務所長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法　人　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者）　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

うるま市移動支援事業者の登録等に関する要綱第４条の規定により、事業者の登録を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 法人（申請者） | ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 名　称 |  |
| 法人所在地 | （〒　　　　　　） |
| 法人種別 |  |
| 連絡先 | 電話: | FAX:　　 | E-mail: |
| 代表者の職・氏名・住所 | 職名 |  | ﾌﾘｶﾞﾅ: |  |
| 氏名: |  |
| 住所 | （〒　　　　　　） |
| 登録申請をする事業所 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 名　称 |  |
| 事業所の所在地 | （〒　　　　　　） |
| 連絡先 | 電話: | FAX:　　 | E-mail: |
| 登録申請をする事業：移動支援事業事業開始予定年月日：　年　月　日 |
| 都道府県指定障害福祉サービス等事業所番号： |
| 指定障害福祉サービス種類及び指定有効期間：　　　　　□　居宅介護　　　（　　年　月　日　～　年　月　日　）□　重度訪問介護　（　　年　月　日　～　年　月　日　）□　行動援護　　　（　　年　月　日　～　年　月　日　）□　同行援護　　　（　　年　月　日　～　年　月　日　） |
| 添付書類 |  |

備考　この登録申請書は、事業所ごとに提出すること。