様式第１号（第３条関係）

基準該当障害福祉サービス事業者登録申請書

年　　月　　日

　　舟橋村長　　宛

所在地

申請者　名　称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　印

基準該当事業者に係る登録を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  |
| 名　称 |  |
| 主たる事業所の所在地 | （　　‐　　　） |
| 法人の種別 |  | 法人所轄庁 |  |
| 連絡先 | 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 代表者の職・氏名 | 職名 |  | フリガナ |  |
| 氏　名 |  |
| 代表者の住所 | （　　‐　　　） |
| 登録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 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 同一所在地において行う事業の種類 | 備考欄 |
| 登録申請をする事業等及びその事業開始予定年月日 | 実施事業 |  |  |
| 事業開始予定年月日 |  |  |
| 他の法律において既に指定を受けている事業等及び指定年月日 | 実施事業 |  |  |
| 指定年月日 |  |  |
| 介護保険事業所番号 | 事業等の種類 | 事業開始年月日 | 事業所指定番号 |
|  |  |  |

備考　１　「法人の種別」は、社会福祉法人、医療法人、財団法人、株式会社等の別を記載すること。

２　「法人所轄庁」欄は、申請者が許可法人等である場合に、その主務官庁の名称を記載すること。

３　登録を受けようとする事業について、障害者総合支援法に基づく指定障害者福祉サービスの人員、設備及び運営に関する基準等に関する省令に基づく基準を満たすことを証する書類を添付してください。