

地域生活支援事業所登録申請書

年 月 日

八街市福祉事務所長 様

申請者 所在地
 (設置者) 名称
 代表者

八街市における地域生活支援事業の事業所に係る登録を受けたいので、八街市地域生活支援事業給付費の支給に関する規則第21条第2項の規定により必要書類を添えて申請します。また、八街市地域生活支援事業給付費の支給に関する規則第26条に規定する事項について情報提供することに同意します。

申請者 (事業所情報)	名称			
	主たる事業所の所在地	〒		
	連絡先			
	代表者氏名			
	代表者住所			
登録内容	名称			
	事業所の所在地			
	事業名	実施事業 (○をしてください)	申請をする事業等の 事業開始予定年月日	
	移動支援事業		年 月 日	
	日中一時支援事業		年 月 日	
	訪問入浴 サービス事業		年 月 日	
上記の事業所において 既に実施している 障害福祉サービス事業		事業の種類	指定年月日	事業所番号