

移動支援事業者申請書

年 月 日

世田谷区長 あて

申請者 所在地
(設置者)

名 称



世田谷区移動支援事業実施要綱に規定する移動支援事業者として、次のとおり、関係書類を添えて申請します。

申請者 (設置者)	フリガナ			
	名 称			
	主たる事務所の所在地	郵便番号 (-)		
	法人の種別			
	連絡先電話番号		FAX番号	
	代表者の職・氏名		フリガナ	
			氏 名	
代表者の住所	郵便番号 (-)			
移動支援を提供する事業所	フリガナ			
	名 称			
	事業所の所在地	郵便番号 (-)		
	移動支援事業の開始予定年月日	年 月 日	備考	
参 考	既 に 指 定 を 受 け て い る 障 害 福 祉 サ ー ビ ス に つ い て	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 に お い て	サ ー ビ ス 名	指 定 年 月 日
				年 月 日
				年 月 日
				年 月 日
				年 月 日
	事業所番号			

備考

1 「法人の種別」欄には申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記載してください。

※都道府県知事が指定した指定障害者福祉サービス事業者又は基準該当居宅介護事業者である証書の写しを添付すること。