

地域生活支援事業所登録申請書

年 月 日

摂津市長 様

所在地  
申請者 名称  
代表者氏名

地域生活支援事業所の登録を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

申請者	名称	(フリガナ)			
	主たる事業所の所在地	郵便番号 ( ) 都道府県 市区			
		ビルの名称等			
	連絡先	電話番号 ( )	FAX番号	( )	
	法人の種類別			法人所管庁	
	代表者の職名・氏名	職名			フリガナ 氏名
代表者の所住	郵便番号 ( )	都道府県 市区			
		ビルの名称等			
登録を受けようとする事業所の種類	名称	(フリガナ)			
	事業所の所在地	郵便番号 ( ) 都道府県 市区			
		ビルの名称等			
	同一事業所において行う事業の種類	実施事業	登録申請をする事業の開始予定年月日	備考	
	移動支援		年 月 日		
	地域活動支援センター		年 月 日		
	福祉ホーム		年 月 日		
訪問入浴サービス		年 月 日			
日中一時支援事業		年 月 日			

(備考)

- 「法人の種類別」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」「一般社団法人」「一般財団法人」「株式会社」等の別を記載してください。
- 「法人所管庁」欄には、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 「実施事業」の欄には、今回申請をする事業について、該当する事業に「○」を記載してください。