

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			法人所轄庁	
	代表者の職名・氏名	職名			フリガナ 氏名
登録を受けようとする事業所の種類	代表者の所住	郵便番号 () 都道府県 市区			
		ビルの名称等			
	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			
	連絡先	電話番号 ()	FAX番号 ()	メールアドレス @	
	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。
- 「法人所轄庁」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。