様式第43号(第47条関係)

年　　月　　日

　　十和田市福祉事務所長　　　　様

法人等の所在地

申請者　　　法人等の名称

代表者氏名

指定地域生活支援サービス事業者指定申請書

　指定地域生活支援サービス事業者の指定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者(法人等) | フリガナ | 　 |
| 名称 | 　 |
| 主たる事務所の所在地 | (郵便番号　　　　　　　　―　　　　　　　　　) |
| 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 | 　 |
| 指定を受けようとする事業所・施設 | フリガナ | 　 |
| 名称 | 　 |
| 事業所(施設)の所在地 | (郵便番号　　　　　　　　―　　　　　　　　　　　　) |
| 担当者の職・氏名 | 職名 | 　 | フリガナ | 　 |
| 　 | 氏名 | 　 |
| 連絡先 | 電話番号 | 　 | FAX番号 | 　 |
| 1　障害福祉サービス事業者の指定等の有無 | □　(1)　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規定する指定障害福祉サービス事業者の指定□　(2)　十和田市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の施行に関する規則に規定する基準該当障害福祉サービス事業者の登録□　(3)　(1)、(2)のいずれの指定等も受けていない |
| 2　提供する地域生活支援サービスの種類 | □　(1)　日常生活用具給付事業　　□　(2)　移動支援事業□　(3)　訪問入浴サービス　　　　□　(4)　日中一時支援 |
| 3　添付書類 | (1)　1の(1)又は(2)の指定等を受けている事業者　当該指定等の通知の写し(2)　1の(3)の事業者　法人等にあっては、定款若しくは寄附行為の写し又はこれらに準ずるもの、個人にあっては、当該地域生活支援サービスに係る事業計画書(3)　2の(2)から(4)のいずれかを提供する事業者　利用者に対する重要事項説明書及び職員の配置が分かるもの(4)　2の(4)を提供する事業者のうち、障害福祉サービス等利用時における医療的ケア判定スコアが３点以上の障害児に対して提供しようとするもの　看護師免許証の写し |