

様式第1号 (第2条関係)

小田原市 地域生活支援事業 事業者指定申請書

(申請先) 小田原市長 (申請者) 所在地  
 名称  
 代表者氏名

㊦

次のとおり 地域生活支援事業者として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 (設置者)	フリガナ			
	名称			
	主たる事務所の所在地		〒 ー	
	連絡先		(電話) (FAX)	
	代表者	役職		
氏名				
住所		〒 ー		
指定を受けようとする事業所	フリガナ			
	名称			
	事業所の所在地		〒 ー	
	連絡先		(電話) (FAX)	
	指定を受ける地域生活支援事業の種類	今回申請	実施事業	事業開始予定年月日
		移動支援事業	年 月 日	年 月 日 指定済
		日中一時支援事業	年 月 日	年 月 日 指定済
		訪問入浴サービス	年 月 日	年 月 日 指定済

他の法律において既に指定を受けている事業等について

法律の名称	サービスの種類	事業所・施設名称	指定年月日	指定事業所番号

(備考)

神奈川県知事に提出した「障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービス事業者指定申請書及び添付書類」又は「介護保険法に基づく指定居宅介護サービス事業者指定申請書及び添付書類」の写しを添付してください。

小田原市 使用欄	受付番号	事業者番号	サービス種類