

嘉麻市障がい者等移動支援事業者登録申請書

嘉麻市福祉事務所長 様

申請者 { 主たる事務所  
の所在地 :  
名 称 :  
代表者の職・氏名 :

印

移動支援事業者の登録を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

申請者	名称又は氏名	(フリガナ)			
	主たる事務所の所在地又は住所	郵便番号 ( )			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
	法人の種別		法人所轄庁		
	代表者の職・氏名	職名		フリガナ	
				氏名	
代表者の住所	郵便番号 ( )				
登録を受けようとする事業所	名称	(フリガナ)			
	事業所の所在地	郵便番号 ( )			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
	事業所番号 (①又は②のいずれかに記入)	① 平成18年9月30日において、外出介護の指定を受けている場合 (外出介護に係る事業所番号を記入)			
② 居宅介護、重度訪問介護又は行動援護の指定を受けている場合 (当該指定に係る事業所番号を記入)					

備考

- 1 印鑑は代表者印を押印してください。
- 2 「法人の種別」の欄には、「社会福祉法人」、「医療法人」、「社団法人」、「財団法人」、「株式会社」等の別を記入してください。
- 3 「法人所轄庁」の欄には、申請者が行政庁（大臣、都道府県知事等）の許認可等を受けて設立された法人である場合に、その行政庁の名称を記入してください。