

日高市障害（児）者移動支援事業者等登録申請書

年 月 日

（あて先）日高市長

所在地
申請者 団体名
代表者名

次のとおり、日高市障害（児）者移動支援事業の団体登録を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

申請者情報	フリガナ			
	申請者名			
	フリガナ			
	申請者住所	(〒 -)		
	連絡先	電話番号		FAX番号
	フリガナ			
事業所情報	代表者氏名			
	代表者住所	(〒 -)		
	フリガナ			
	事業所名			
	フリガナ			
	事業所所在地	(〒 -)		
	連絡先	電話番号		FAX番号
	職員の配置状況	フリガナ		
事業所責任者氏名				
職員数 人（常勤 人・非常勤 人） 資格取得者数（資格ごとに記載）				
同一事業所で実施している他の事業等				
主たる対象者	制限なし・身体障害者・知的障害者・障害児・精神障害者			

（添付書類）

- 1 職員等名簿
- 2 職員等の有する資格等の写し
- 3 居宅介護サービス事業者指定通知書・基準該当登録通知書の写し