様式第４号（第２２条関係）

年　　　月　　　日

糸満市障害者等移動支援事業指定事業者指定申請書

糸満市長　殿

　　　　　申請者

　　　　　所在地

（設置者） 名　称

　　　　　代用者名　　　　　　　　　　　　印

糸満市障害者等移動支援事業指定事業者の指定を受けたいので、糸満市障害者等移動支援事業実施要綱第２２条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

１　指定を受けようとする事業所

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 代表者 | 職名 |  | 氏名 |  |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 連絡担当者 | 職名・所属 |  | e-mail |  |
| 氏名 |  | 利用受入予定人数 | 人 |

|  |
| --- |
| 沖縄県知事による指定障害福祉サービス異業者又は指定障害児通所支援事業者の指定に関する情報 |
| 指定障害福祉サービス等 |  | 事業所番号 |  |
| 初回指定年月日 |  | 現在の指定有効期間 | ～ |

２　関係書類

(1) 指定障害福祉サービス事業者指定通知書(写し)又は指定障害児通所支援事業者指定通知書(写し)

(2) 指定障害福祉サービス事業等開始届出書(写し)

(3) 事業所の管理者及びサービス提供責任者(サービス管理者)氏名、経歴及び住所に関する事項を記した書類

(4) 事業所のサービス提供者の氏名､免許等に関する事項

(5) 事業所の運営規程等

(6) 職員の勤務体制及び雇用形態に関する事項

(7) サービス利用予定者への重要事項説明書(写し)

(8) 前各号に掲げるもののほか､市長が必要と認める書類