様式第４号（第２２条関係）

年　　　月　　　日

糸満市障害者等日中一時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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

糸満市障害者等日中一時支援事業指定事業者の指定を受けたいので、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 |  | 氏名 |  |
| ｅ‐ｍａｉｌ |  | 利用受人予定人員数※ | 人 |

※糸満市以外を含めた事業所全体の日中一時支援受入予定人員数

|  |
| --- |
| 沖縄県知事による指定障害福祉サービス事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. 事業所の管理者氏名、経歴及び住所に関する事項
4. 事業所のサービス提供責任者又はサービス管理責任者の氏名、経歴及び住所に関する事項
5. サービスを実施する事業所の平面図等
6. 事業所の安定的確保に関する帳票（賃貸借契約書の写し等）
7. 事業所の運営規定
8. 職員の勤務体制及び雇用形態に関する事項
9. サービス利用予定者への重要事項説明書（写し）
10. 前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類