別記第4号様式(第12条関係)

障害者移動支援事業者登録申請書

年　　月　　日

　江東区長　殿

所在地

事業者名称

代表者氏名　　　　　　　　　　印

　江東区障害者移動支援事業実施要綱第12条に規定する江東区障害者移動支援事業者の登録を、必要書類を添えて申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ | 　 |
| 事業所名称 | 　 |
| フリガナ | 　 |
| 代表者の氏名(事業所) | 　 |
| 事業所の所在地 | (〒　　　―　　　) |
| 連絡先 | 電話番号FAX番号メールアドレス |
| その他指定を受けているサービス種別 |  | 居宅介護 |  | 重度訪問介護 |
|  | 同行援護 |  | 行動援護 |
|  | 重度障害者等包括支援 |  | その他 |
| 主たる対象者 | 特定無し・身体・知的・精神・難病患者・障害児 |

　＊　添付書類

　別添のとおり　(定款、指定通知、運営規程、従事者一覧表及び修了証等の写し、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要)

別記第4号様式(第12条関係)

記入例

障害者移動支援事業者登録申請書

年　　月　　日

**事業者**

　江東区長　殿

所在地　東京都江東区東陽4-11-28

事業者名称　株式会社　江東区

代表者氏名　代表取締役　江東　花子

　江東区障害者移動支援事業実施要綱第12条に規定する江東区障害者移動支援事業者の登録を、必要書類を添えて申請します。

役職名を記載してください

事業所

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ | □□□センター |
| **事業所**名称 | □□□センター |
| フリガナ | コウトウ　タロウ |
| 代表者の氏名(**事業所**) | 江東　太郎 |
| **事業所**の所在地 | (〒〇〇〇―△△△△)東京都江東区東陽4-11-28 |
| 連絡先 | 電話番号　　　　03-3647-9350FAX番号　　　　 03-3699-0329メールアドレス　syogaishidou-k@city.koto.lg.jp |
| その他指定を受けているサービス種別 | 〇 | 居宅介護 | 〇 | 重度訪問介護 |
| 〇 | 同行援護 |  | 行動援護 |
|  | 重度障害者等包括支援 |  | その他 |
| 主たる対象者 | 特定無し・身体・知的・精神・難病患者・障害児 |

該当するところに「〇」印

　＊　添付書類

　別添のとおり　(定款、指定通知、運営規程、従事者一覧表及び修了証等の写し、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要)