

地域生活支援事業事業者登録申請書

年 月 日

高石市福祉事務所長 様

所在地

申請者

名称

代表者氏名

印

高石市地域生活支援事業に係る事業者の登録を受けたいので、当該支援費の代理受領届けを合わせて下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ				
	名称				
	主たる事務所の所在地		(〒 — )		
	法人の種類(該当に○)		社会福祉法人・NPO法人・医療法人・株式会社・有限会社・その他		
	連絡先	電話番号	FAX番号		
	代表者の職・氏名	職名	フリガナ	氏名	
登録を受けようとする事業所の種類	フリガナ				
	名称				
	事業所の所在地		(〒 — )		
	登録申請をする事業				
	事業の種類(該当に○)		指定事業種別	障害福祉サービス指定番号	
	移動支援事業				
日中一時支援事業					

地域生活支援事業に係る支援費についての代理受領及びその代理受領の振込み先口座を申し出します。

地域生活支援事業に係る支援費の代理受領に係る登録口座						
金融機関コード	銀行 信用金庫 組	店舗 コード	本店 支店 出張所	種目	口座番号	
フリガナ						
口座名義人						

- 申請者は法人の代表者となります。
- 「登録申請をする事業」欄は、当該申請によって登録する事業の「事業の種類」欄右に「○」を記入してください。また、都道府県指定番号については、登録申請する当該事業に相当する事業に係る現在受けている指定番号を記入してください。  
(記載例) 移動支援事業の場合、 指定事業種別:居宅介護 障害福祉サービス指定番号:〇〇〇  
日中一時支援事業の場合、 指定事業種別:短期入所 障害福祉サービス指定番号:〇〇〇
- 上記2の指定許可証明書の写しを添付してください。
- 移動支援事業については、移動支援事業従事者研修受講調書(様式第1-1号)を添付してください。