　　年　　月　　日

大田区移動支援事業所登録申請書

（宛先）　大田区長

大田区が実施する移動支援事業に基づくサービスを提供する事業所として下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | | |
| 申請者（法人）名 |  | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | |
| 事業所名 |  | | | | | | |
| 所在地 | 〒 | | | | | | |
| 協定希望日 | 年　　　　月　　　　　日 | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | | ﾌｧｸｼﾐﾘ  番号 |  | 担当者 |  |
| メールアドレス | |  | | |
| * 「大田区移動支援事業所一覧」への掲載について   大田区移動支援事業所一覧を作成のため、次の項目のご記入をお願いします。なお、一覧は、大田区ホームページへの掲載などによりサービス希望者に提供させていただきますことをご了承願います。（該当するところをチェックしてください。） | | | | | | | |
| 営業日 | 月　火 水 木　金　土 日　応相談その他（　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| サービス提供時間 | 時　　　　分　から　　　　　時　　　　分 応相談 | | | | | | |
| 電話受付時間 | 時　　　　分　から　　　　　時　　　　分 | | | | | | |
| 移動支援以外の  提供サービス等 | 居宅介護 　　 短期入所　 相談支援　 　介護保険サービス　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　児童発達支援　放課後等デイサービス　その他（　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 対応可能な対象者等 | 視覚障害　知的障害 精神障害　難病 全身性障害 | | | | | | |
| 身体介護あり　　身体介護なし　　通学 | | | | | | |
| 従事ヘルパー数 （記入日現在） | 男性　（　　　　）人　　・　女性　　（　　　　）人 | | | | | | |
| 新規の依頼者に  対応できますか | できる 　　　　　　 応相談　 できない（現在契約者のみ） | | | | | | |

※１　都道府県知事等発行の居宅介護等の指定通知書の写しを添付してください。

※２　協定締結等の問合せ先が、上記と異なる場合はご記入ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 名　　称 |  | | 担当者名 |  |
| 所在地 | 〒 | | | |
| 電話番号 |  | | ﾌｧｸｼﾐﾘ番号 |  |
| メールアドレス | |  | | |