墨田区障害者移動支援事業の事業所追加申出書

　年　　月　　日

墨田区長　様

所　在　地

法人名称

法人代表者　　　　　　　　　　　　　　　　印

墨田区障害者移動支援事業を実施する、事業所の追加を申し出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 事業所名称 |  |
| 事業所所在地 | （〒　　　－　　　　） |
| 連　絡　先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 担当者 |  |
| 指定を受けているサービス種別 |  | 居宅介護 |  | 重度訪問介護 |
|  | 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・障害児・精神障害者 |

記入例

墨田区障害者移動支援事業の事業所追加申出書

　令和〇年　〇月　〇日

墨田区長　様

所　在　地　墨田区吾妻橋一丁目２３番２０号

法人名称　　株式会社　〇〇

法人代表者　代表取締役　〇〇　〇〇　　　　印

役職名も記入してください。

墨田区障害者移動支援事業を実施する、事業所の追加を申し出ます。

記

追加する事業所の連絡先を記入してください。

追加する事業所名を　記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ | 　〇〇〇〇 |
| 事業所名称 | 　〇〇センター |
| 事業所所在地 | （〒130－8640）墨田区吾妻橋一丁目２３番２０号 |
| 連　絡　先 | 電話番号 | 03-××××-×××× | FAX番号 | 03-××××-×××× |
| メールアドレス | ××××＠×× |
| 担当者 | 〇〇 |
| 指定を受けているサービス種別 | ✔ | 居宅介護 | ✔ | 重度訪問介護 |
|  | 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・障害児・精神障害者 |

該当箇所にチェックやマルを付けてください。