墨田区障害者移動支援事業に係る協定の締結申出書

　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にあたり協定を締結したいので、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に係る協定の締結申出書

　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にあたり協定を締結したいので、申し出ます。

記

事業所の連絡先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。