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 |
|  | 同行援護 |  | 行動援護 |
|  | 重度障害者等包括支援 |  |
| 主たる対象者 | 特定無し・身体・知的・精神・障害児・医療的ケア児・難病 |

※区長は、移動支援事業を実施するため、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」第３６条第１項の規定により都道府県知事の居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護又は重度障害者等包括支援の指定を受けた障害福祉サービス事業者等から協定の申請を受けた時は、その内容を審査し、協定を締結する。（「墨田区障害者移動支援事業実施要項」第７条第１項）

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 |
|  | 同行援護 |  | 行動援護 |
|  | 重度障害者等包括支援 |  |
| 主たる対象者 | 特定無し・身体・知的・精神・障害児・医療的ケア児・難病該当箇所にチェックを付けてください。 |

※区長は、移動支援事業を実施するため、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」第３６条第１項の規定により都道府県知事の居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護又は重度障害者等包括支援の指定を受けた障害福祉サービス事業者等から協定の申請を受けた時は、その内容を審査し、協定を締結する。（「墨田区障害者移動支援事業実施要項」第７条第１項）