

## 移 動 支 援 事 業 所 登 録 届 出 書

大 阪 市 長

申請者 { 主たる事務所  
の所在地 :  
名 称 :  
代表者の職・氏名 :

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に基づく移動支援事業を行う事業所として登録したいので、関係書類を添えて届出ます。

申請者	名称又は氏名	(フリガナ)			
	主たる事務所の所在地又は住所	郵便番号 ( ) 都 道 郡 市 府 県 区			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
	法人の種類			法人所轄庁	
	代表者の職名	職 名		フリガナ 氏 名	
	代表者の住所	郵便番号 ( ) 都 道 郡 市 府 県 区			
登録を受けようとする事業所	名称	(フリガナ)			
	事業の所在地	郵便番号 ( )			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
	事業開始予定年月日	年 月 日			
	既に指定を受けている事業等	居宅介護・重度訪問介護・行動援護・同行援護		事業者番号	.....

備考

- 1 「受付」の欄には記入しないでください。
- 2 「法人の種類」の欄には、「社会福祉法人」、「医療法人」、「社団法人」、「財団法人」、「株式会社」、「有限会社」等の別を記入してください。
- 3 「法人所轄庁」の欄には、申請者が行政庁(大臣、都道府県知事等)の許認可等を受けて設立された法人である場合に、その行政庁の名称を記入してください。
- 4 「既に指定を受けている事業等」の欄には、同一所在地において既に都道府県の指定を受け、番号が付されている場合に、該当する事業を「○」で囲み、その事業所番号を記入してください。

受 付