

年 月 日

大東市障害者等日中一時支援事業者資格確認申込書

大東市長 様

申込者	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 ( )		
	連絡先	電話番号		
		FAX 番号		
	代表者の職・氏名	職名・氏名		
実施場所	名称			
	所在地			

上記のとおり、大東市障害者等日中一時支援事業実施要綱第2条第2項の規定により事業者の資格確認を受けたいので関係書類を添えて申込みます。

年 月 日

名称又は氏名：  
所在地：  
代表者の職・氏名： ㊟

(添付書類)

- ① 定款または寄付行為等関係規則
- ② 事業者指定通知書の写し(※)および指定に係る記載事項の写し  
※ 短期入所、生活介護、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援のいずれか  
(最新かつ現在有効のもの)
- ③ 事業を実施する施設平面図(面積がわかるもの)および事業所の位置図
- ④ 組織体制表およびサービス管理責任者、支援員の資格証等の写し
- ⑤ 消防検査済証の写し
- ⑥ 建築確認書の写し
- ⑦ 運営規定