

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			
		メールアドレス			
	代表者の職・氏名	職名		フリガナ 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 事業者指定通知書の写し (※) 及び指定に係る記載事項 (付表) 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
 - ② 組織体制図 (任意様式)
 - ③ サービス管理責任者、支援員の資格証等の写し
- 以下は、新規申込のみ添付要 (更新の場合は省略可)
- ④ 定款又は寄附行為等関係規則
 - ⑤ 運営規程 (日中一時支援事業に係るもの)
 - ⑥ 事業を実施する施設平面図 (面積がわかるもの) 及び事業所の位置図