

年 月 日

大東市障害者等移動支援事業者資格確認申込書

(宛先) 大東市長

申込者	名称又は氏名 (契約法人)	(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 (事業所)	名称				
	所在地	郵便番号 (-)			
支援対象者 (該当に○)	全身性障害	知的障害	精神障害	医療的ケア児 通学支援	
上記のとおり、大東市障害者移動支援事業実施要綱第2条第2項の規定により事業者の指定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) ※2～4は変更がある場合のみ提出

1. 居宅介護の指定について(通知)の写し
(現在指定をうけている最新かつ有効のもの)
2. 居宅介護事業所の「指定に係る記載事項(付表)」の写し
(大阪府等に提出したもの)
3. 組織体制図(移動支援事業に係るもの)
4. 従業者の資格を証明するものの写し(サービス提供責任者を含む)