

年 月 日

(宛先) 野田市長

主たる事務所
所の所在地
申請者 名 称
代表者氏名

印

野田市基準該当通所支援事業所登録申請書

児童福祉法に規定する基準該当通所支援事業所に係る登録を受けたいので、次のとおり関係書類を添付して申請します。

		事業所所在地市町村番号				
申 請 者	ふり 名	がな 称				
	主たる事務所の所在地	郵便番号				
	法人である場合その種別		法人所轄庁			
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	代表者の職、氏名及び生年月日	ふり 氏	がな 名	職 名	生年月日	年 月 日
	代表者の住所	郵便番号				
登 録 を 受 け よ う と す る 事 業 所	ふり 名	がな 称				
	事業所の所在地	郵便番号				
	事業等の種類		事業開始(予定)年月日	年 月 日		
	同一所在地において行う事業等の種類		事業開始(予定)年月日	年 月 日		
				年 月 日		
添付書類						

注

- 「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 「法人である場合その種別」欄には、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「一般財団法人」、「株式会社」等の別を記入してください。
- 「法人所轄庁」欄には、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 「同一所在地において行う事業等の種類」欄には、今回登録申請をする事業及び既に指定又は登録を受けている事業の種類と事業開始(予定)年月日を記載してください。
- 本申請書を提出した事業者は、利用者に代わり、特例障害児通所給付費を受け取ることができます。