

サービス事業所指定確認票

下記により、障害福祉サービスを行う者（法人）としての指定を、現に都道府県知事から受けていることを届出します。

法人名
代表者職・氏名

事業所番号							
事業所名称							
郵便番号	〒						
所在地							
電話番号							
FAX番号							
Eメールアドレス							
サービス地域							
指定サービス							
主たる対象者		視覚障害	肢体不自由	知的障害	精神障害	高次脳機能障害	難病
	障害者						
	障害児						
介護従業者者数	常勤	名			非常勤	名	
移動支援従業者数	常勤	名			非常勤	名	
指定年月日							

【記入上の注意】

- *都道府県知事の指定した事実（指定通知書等に掲載されている内容）に沿って正確に記入ください。
- *本契約に基づく移動支援事業を提供できるサービス事業所が複数ある場合は、各事業所ごとに作成ください。
- *「障害福祉サービスの種類」は、指定を受けている事業について○で囲んでください。
- *「主たる対象者」は、移動支援サービスにおいて対応可能な障害について○で囲んでください。
- *「指定年月日」は、初年度登録日又は更新登録日について記入してください。
- *本票は契約書と一緒に当区担当者まで提出してください。
- *本票の記載事項に変更があったときには、改めて本票を提出し直してください。