様式第１６号(第１５条関係)

基準該当障害福祉サービス事業者等登録申請書

　年　　月　　日

酒田市長　　　　あて

所在地

名称

代表者の住所

代表者の氏名

基準該当障害福祉サービス事業者として登録を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 登録に係る基準該当障害福祉サービス事業者 | 区分 | 事業の開始予定年月日 |
| 基準該当居宅介護 |  | 年　　月　　日 |
| 基準該当重度訪問介護 |  | 年　　月　　日 |
| 基準該当同行援護 |  | 年　　月　　日 |
| 基準該当行動援護 |  | 年　　月　　日 |
| 基準該当生活介護 |  | 年　　月　　日 |
| 基準該当自立訓練 |  | 年　　月　　日 |
| 基準該当就労継続支援Ｂ型 |  | 年　　月　　日 |

備考　登録に係る基準該当障害福祉サービス事業者について、該当する区分の欄に○を記入してください。