栗東市障害者移動支援事業所確認書

年　　月　　日

栗東市長　　　　様

住　　所

事業者名

(法人名)

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　印

（電話　　　　　　　　　　　　　）

下記のとおり、障害者移動支援事業の実施を届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 事業所代表者名 |  |
| 事業所郵便番号・住所 |  |
| 電話番号・FAX番号 |  |
| 担当職員名 |  |
| 障害福祉サービス居宅介護事業者番号 |  |
| 実施する支援内容 | 実施する支援の欄に○を記入してください。 |
| 　 | 種類 | 個別支援 | グループ支援 | 障がい児 |  |
| 身体障がい(全身) | (　　) | (　　) | (　　) |
| 身体障がい(視覚) | (　　) | (　　) | (　　) |
| 知的障がい | (　　) | (　　) | (　　) |
| 精神障がい | (　　) | (　　) | (　　) |
|  |
| 職員体制 |  |
| 受付時間 |  |
| 休業日 |  |

※利用者への周知及びHPへの掲載を希望しない【　　】