

様式第7号(第14条関係)

年 月 日

(宛先)春日市福祉事務所長

所在地
申請者 名 称
代表者
職氏名
印

春日市障害者等移動支援事業所登録取消(変更)申請書

春日市障害者等移動支援事業所の登録の(取消し・変更)をしたいので、春日市障害者等移動支援費支給事業実施規則第14条第1項の規定により、下記のとおり届け出ます。

記

事業所番号 _____

1 取消し

(1) 取消し年月日 年 月 日

(2) 取消しの理由

(3) 現にサービスを受けている者に対する処遇

2 変更

(1) 変更事項

事業所の名称 ・ 事業所の所在地 ・ 事業所の代表者の職及び氏名
その他

(2) 変更前

(3) 変更後