

様式第4号（第12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申請書

春日市障害者等移動支援事業所として登録したいので、春日市障害者等移動支援費支給事業実施規則第12条第1項の規定により、下記のとおり申請します。

記

- 1 事業所の名称
- 2 事業所の所在地
- 3 事業所の代表者の職及び氏名
- 4 移動支援の対象者の障害種別（ で困むこと。）
視覚障害 ・ 肢体不自由 ・ 知的障害 ・ 精神障害 ・ 発達障害
- 5 移動支援の実施地域
- 6 連絡先
- 7 添付書類