（訪入浴　様式第５号）

　　年　　月　　日

**豊中市重度身体障害者訪問入浴介助サービス事業者指定申請書**

豊中市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　主たる事業所の所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　代表者の職・名前

豊中市重度身体障害者訪問入浴介助サービス事業者の指定を受けたいので必要書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | 名称又は氏名 | （フリガナ） | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地又は住所 | 〒　　　　－  　　　　　　都　道　　　　　　　　郡　市  　　　　　　府　県　　　　　　　　区 | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | | | | ＦＡＸ番号 | | | |  | | | | | |
| 法人の種別 |  | 法人所轄庁 | | | |  | | | | | | | | | |
| 代表者の  職・氏名 | 職　名 |  | | | | フリガナ | | | |  | | | | | |
| 氏　名 | | | |  | | | | | |
| 代表者の住所 | 〒　　　　－  　　　　　　都　道　　　　　　　郡　市  　　　　　　府　県　　　　　　　区 | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所 | 名　称 | （フリガナ） | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒　　　　－  　　　　　　　郡  　　　　　　　市 | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | | | | ＦＡＸ番号 | | | |  | | | | | |
| 介護保険法に基づく事業者指定番号 | | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 障害福祉サービス事業者指定番号 | | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |