**移動支援事業指定更新連絡票**

移動支援

(**太線枠内に必要事項を記載して提出してください**)

受付番号

収　受　印

担　当

受付区分（①届出完了　②届出不備）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス名 |  | 事業所番号) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業所名 |  | 連絡先 | TEL 　　　 ( ) 　　  |
| FAX 　　　( ) 　　 　　  |
| 担当者名 |  |
| 携帯 　　 ( ) 　　  |
| 　移動支援指定更新（郵送受付）の申請を受付けました。但し、下記のとおり補正等の必要がありますので、必要書類を訂正し指示に応じて提出が必要な書類に関しては早急に提出してください。【補正・通信欄】 |
| 内　　　　　　容 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**補正等の指示があり再提出が必要な場合は、補正書類と一緒にこの補正書を併せて提出してください。**

**(必ずコピーをとっておくこと。)**

|  |
| --- |
| **【**問い合わせ先】豊中市 福祉部 障害福祉課　事業所係　　　電話０６－６８５８－２２２９FAX ０６－６８５８－１１２２ |

**移動支援事業指定更新連絡票**

記 入 例

(**太線枠内に必要事項を記載して提出してください**)

受付番号

収　受　印

担　当

受付区分（①届出完了　②届出不備）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス名 | **移動支援** | 事業所番号) | **2** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** |
| 事業所名 | **豊中ヘルパーステーション** | 連絡先 | TEL 　　**06** ( **〇〇〇〇** )**□□□□** 　　  |
| FAX 　　**06** ( **〇〇〇〇** )**□□□△**　 　　  |
| 担当者名 | **豊中　太郎** |
| 携帯　 **090** ( **〇〇〇〇** )**□□□□**　  |
| 　移動支援指定更新（郵送受付）の申請を受付けました。但し、下記のとおり補正等の必要がありますので、必要書類を訂正し指示に応じて提出が必要な書類に関しては早急に提出してください。【補正・通信欄】 |
| 内　　　　　　容 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**補正等の指示があり再提出が必要な場合は、補正書類と一緒にこの補正書を併せて提出してください。**

|  |
| --- |
| **【**問い合わせ先】豊中市 福祉部 障害福祉課　事業所係　　　電話０６－６８５８－２２２９FAX ０６－６８５８－１１２２ |

 **(必ずコピーをとっておくこと。)**