応募事業者の概要

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人の名称 |  | | | | | |
| 法人の所在地 | （〒　　　　－　　　　　） | | | | | |
| 法人の代表者  職・氏名 |  | | | | | |
| 本事業を行う事業所の名称 |  | | | 事業開始年 月 日 | 年　月　日 | |
| 事業所の所在地 | （〒　　　　－　　　　　） | | | | | |
| 事業所の代表者  職・氏名 |  | | | 全従業員数 | 名 | |
| 連絡先 | 電話  番号 | （　　　　） | FAX  番号 | （　　　　） | | |
| ﾒｰﾙ |  | | | | |
| 本事業を行う  事業所について  （該当箇所に○印） |  | ① 介護保険法に基づく訪問介護の指定を受けている事業所 | | | | ※指定書(写し)など左記を  証明する書類を添付してください |
|  | ② 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく居宅介護の指定を受けている事業所 | | | |
|  | ③ 児童福祉法に基づく居宅訪問型認可外保育施設の届出をしている事業所 | | | |
| 訪問支援員を  派遣できる区域（該当箇所に○印） |  | 全市域 | | | | |
|  | 一部市域（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |