**障害者（児）移動支援事業事業者〈登録・更新〉届出書**

豊島区長

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １．移動支援 事業所番号 | ※更新時のみ豊島区で指定された移動支援専用の事業所番号を記入してください | | | | | |
| ２．運営法人名 |  | | | | | |
| ３．登録事業所名 |  | | | | | |
| ４．役職　代表者名 |  | | | | | |
| ５．法人所在地 | 〒　　　　－ | | | | | |
| ６．登録事業所所在地 | 〒　　　　－ | | | | | |
| ７．電話番号 |  | | | | | |
| ８．FAX番号 |  | | | | | |
| ９．移動支援対象者 ※サービスが提供できる障害の 欄に○を入れてください。 | 視覚障害者 | 身体障害者 | 知的障害者 | 精神障害者 | 難 病 | 障害児 |
|  |  |  |  |  |  |
| 10．事業所  メールアドレス |  | | | | | |
| 11．請求担当 メールアドレス | ※事業所のメールアドレスと同じ場合は「同上」と記入してください | | | | | |
| 12．障害福祉サービス 事業所番号 | ※都道府県で指定された障害福祉サービスの事業所番号を記入してください | | | | | |
| 13．提供している 障害福祉サービス | ※該当するサービスに○をつけてください。  居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 14．サービス提供者 有資格者数 （届出日現在） | ※下記の資格を有するサービス提供者の人数を記入してださい。  ・介護福祉士（　　　　名） ・ホームヘルパーまたは介護職員基礎研修修了者　（　　　　名） ・視覚障害者移動支援事業従事者養成研修修了者　（　　　　名）  ・知的障害者移動支援事業従事者養成研修修了者　（　　　　名）  ・全身性障害者移動支援事業従事者養成研修修了者（　　　　名）  ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　 　）（　　　　名） | | | | | |
| 15．都道府県への  移動支援事業の  開始届出の有無 | ※該当するものに〇をつけてください。  届出済　・　未届　・　不明 | | | | | |

裏面あり

【添付書類】

・定款、もしくは運営規程（更新時は、変更があった場合のみ）

・障害福祉サービス指定通知書の写し

・移動支援事業者従事者一覧及び資格証明書の写し

・口座振替依頼書

**豊島区障害者（児）移動支援事業者登録を、上記の通り関係書類を添えて届出します。**

**なお、サービス提供にあたっては、豊島区障害者（児）移動支援事業実施要綱を遵守して実施いたします。**

**年　　　　月　　　　日**

**(届出事業者)　所在地**

**事業者名称**

**代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印**

**＜送付先　〒171-8422 豊島区南池袋2-45-1＞**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　豊島区 障害福祉課 給付グループ

TEL：03-3981-1963（直通）/FAX：03-3981-4303