

第1号様式（第5関係）

甲府市地域生活支援拠点事業所登録申請書

令和元年〇〇月〇〇日

甲府市長

所在地 甲府市丸の内1丁目△△-△△

申請者

(設置者) 名称 社会福祉法人 障がい福祉

代表者 甲府 太郎 印

甲府市地域生活支援拠点事業実施要綱第5第1項の規定に基づき、拠点事業を行う事業者として登録したいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者 (設置者)	(フリガナ) 名称	シャカイフクシホウジン ショウガイフクシ 社会福祉法人 障がい福祉			
	主たる事業所の 所在地	(〒400-0000) 甲府市丸の内1丁目△△-△△			
	連絡先	電話番号	055-237-△△△△	FAX 番号	055-237-△△△△
登録を行うとする事業所	(フリガナ) 名称	ソウダンシエンジギョウショ マルノウチ 相談支援事業所 まるのうち			
	事業所番号	1930 —————			
	事業所(施設)の 所在地	(〒400-0000) 甲府市丸の内2丁目〇〇-〇〇			
	連絡先	電話番号	055-237-△△△〇	FAX 番号	055-237-△△△〇
		メール アドレス	marunouchi@ ——— jp		
	地域生活支援拠点 として担う機能	① 相談 ② 緊急時の受け入れ・対応 ③ 体験の機会・場 ④ 専門的人材の確保・養成 ⑤ 地域の体制づくり			
開始予定年月日	令和元年10月1日				

(備考) 関係書類として、「運営規程の変更届出書(受付印のあるもの)の写し」及び「変更後の運営規程の写し」を添付してください。

*申請に係る窓口担当者 甲府 撫子(管理者)
連絡先 055-237-△△△〇