

受付番号	
------	--

立川市移動支援事業申込書

令和 年 月 日

立川市長

所在地
申請者
名称 ⑩

立川市移動支援事業者として申込みます。

登録する事業所	フリガナ 事業所名称				
	事務所の所在地	(郵便番号 -) 都・県 区・市			
		(ビルの名称等)			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
	代表者の職・氏名	職名		フリガナ	
				氏名	
同一所在地において行う他のサービスの種類					
行動援護の事業所指定	有・無				
基準該当事業者番号			(既に登録を受けている場合)		
登録を受けている区市町村					
介護保険事業所番号			(既に指定又は登録を受けている場合)		