

様式第 3 号

事業者の概要

法人の名称			
法人の所在地			
代表者の 職・氏名		事業開始 年月日	年 月 日
事業所の名称		従業員数	名
事業所の所在地			
連絡先	電話番号		FAX 番号
メールアドレス			
事業所区分 (いずれかに○を つけてください)		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の 規定に基づく指定障害福祉サービス事業者(居宅介護のみ) ※指定書(写し)を提出してください	
		介護保険法の規定に基づく指定居宅サービス事業者(訪問介護のみ) ※指定書(写し)を提出してください	
		過去5年間に本市又は他の自治体において、養育支援訪問事業を受 託した実績のある事業者 契約書の写し等実績があるとわかる書類を提出してください	
提供できる支援 (○をつけてく ださい)	家事支援	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食事の準備及び片付け ・ 生活必需品等の買い物 ・ 居室等の簡単な清掃及び整理整頓、衣類の洗濯 ・ その他必要な家事及び生活環境の整備 	
	育児支援	<ul style="list-style-type: none"> ・ こどもの世話のサポート ・ 保育所等の送迎支援 ・ その他、日常的な育児 	