様式１号（要綱第３条関係 ）

筋萎縮性側索硬化症在宅療養患者介護人派遣事業登録事業者申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　宮城県難病相談支援センター長　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

事業所所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　印

　　筋萎縮性側索硬化症在宅療養患者介護人派遣事業実施要綱第３条の規定により，下記のとおり関係書類を添えて申請します。

 　　　記

|  |  |
| --- | --- |
|  | 　　　　　　　　　　　　 |
| 指定障害福祉サービス事業所番号 | 　　　　　　　　　 |
| 　　　　 |  |
| 　　　　 |  |
| 　　　　事業所の所在地 | （郵便番号　　　―　　　） |
| 　　　　事業所の連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| E-mail |  |
| 　　　介護人派遣可能な地域 |  |

（備考）　以下の書類を添付してください。

（１）指定居宅サービス事業者又は指定障害福祉サービス事業者に係る指定通知書の写し

　　（指定居宅サービス事業者，指定障害福祉サービス事業者両方の指定を受けている場

合は，両方添付のこと。）

（２）介護人の業務として「喀痰吸引」及び「経管栄養」を行う場合は，社会福祉士及び介護福祉士法附則２０条の規定により登録特定行為事業者として県に登録されている旨を確認できる書類。