

福祉用認定申請書

申請年月日 平成 年 月 日

佐賀市上下水道事業管理者 様

〔申請者〕

住 所 _____

経営主体名称 _____

代表者氏名 _____

電話番号 _____ (担当者氏名 _____)

私が所有又は管理する下記申請場所の社会福祉施設は、社会福祉法に規定する第1種社会福祉事業に使用する施設に該当しますので、福祉用としての料金算定を申請いたします。

記

申請場所 _____
水 栓 番 号 [_____ - _____]

施設の名称 _____

施設の種別
(サービスの種類) _____

注 経営主体が運営する施設全てではなく、上記申請場所の水栓を利用する施設の該当者数をご記入下さい。

第1種社会福祉事業定員数 _____(人)

第2種社会福祉事業定員数 短期入所 _____(人)

通所介護 _____(人)

その他(_____) _____(人)

その他(_____) _____(人)

第2種社会福祉事業実績人員数

短期入所 『 ÷ 』 _____(人/日) (のべ利用者数 _____人 ・ 稼働日数 _____日)

通所介護 『 ÷ 』 _____(人/日) (のべ利用者数 _____人 ・ 稼働日数 _____日)

その他(_____) 『 ÷ 』 _____(人/日) (のべ利用者数 _____人 ・ 稼働日数 _____日)

その他(_____) 『 ÷ 』 _____(人/日) (のべ利用者数 _____人 ・ 稼働日数 _____日)

〔1日当たりの平均人員数(小数点第2位以下切捨て)をご記入ください。〕

実績人員数算定期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

* 添付書類 1. 定款(運営規程)[最新のもの 写し可]
2. 入所定員数を証明できる所管の指定権者の施設設置認可等の書類[写し可]