

福祉用認定申請書

申請年月日 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 『①÷②』 _____ (人/日) (のべ利用者数 _____ 人①・稼働日数 _____ 日②)

通所介護 『③÷④』 _____ (人/日) (のべ利用者数 _____ 人③・稼働日数 _____ 日④)

その他 (_____) 『⑤÷⑥』 _____ (人/日) (のべ利用者数 _____ 人⑤・稼働日数 _____ 日⑥)

その他 (_____) 『⑦÷⑧』 _____ (人/日) (のべ利用者数 _____ 人⑦・稼働日数 _____ 日⑧)

[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 年 月 日～ 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〕

※新規の申請の場合は、更に履歴事項全部証明書(登記簿謄本)の写し(直近3か月以内)が必要です。