

## 事業者概要

法人等の名称	(フリガナ)		
法人等の所在地	(〒 - )		
代表者の職・氏名			
事業開始年月			
事業所の名称		従業員数	
事業所の所在地	(〒 - )		
連絡先	電話番号		FAX番号
	メールアドレス		
事業者区分 (いずれかに○)	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（訪問系） ※指定書を添付してください。		
	介護保険法の規定に基づく指定居宅サービス事業者（訪問系） ※指定書を添付してください。		
	上記事業所と同等の援助が提供できる事業者 ※事業内容がわかるものを添付してください。		
提供できる支援	対象児	乳児（2歳未満）	未就学児（2歳以上）
		就学児	その他（ ）
	家事支援	ア 食事の準備及び後片づけ	
		イ 衣類の洗濯	
		ウ 居室等の日常的な掃除、整理整頓	
		エ 生活必需品の買い物の代行	
			オ その他（ ）
	育児支援	ア 授乳の準備・介助	
		イ おむつ交換・着替えの介助	
		ウ 沐浴の介助	
エ 買い物・通院・産後健診・公的機関への手続きなどの同行			
オ 保育所等の送迎			
カ 母子保健施策・子育て支援施策の情報提供			
		キ その他（ ）	
提供できる地域	全域	地域（ ）	

〔応募書類に関する連絡先〕

担当者名			
所属・役職			
郵便物宛先	(〒 - )		
電話番号		FAX	
E-Mail			

※ 担当者は、応募事業者の担当者に限る。