

障害者総合支援法及び児童福祉法に基づく事業所の指定等  
に係る消防法令適合状況確認申請書

令和〇年〇月〇日

↑申請日を記入。

船橋市福祉サービス部指導監査課長 あて

申請者名 株式会社〇〇 代表取締役 船橋 太郎  
(法人名称及び代表者職氏名) ↑上記内容を必ず記入。

つぎの事業所に係る消防法令への適合状況の確認を申請します。

事業者名称 (申請者名称)	株式会社〇〇 ※法人名称
事業者住所 (申請者住所)	船橋市湊町2-10-25
事業所名称 (住居名称)	グループホーム船橋 ※施設名称(未定の場合は仮称も可) (湊町ホーム) グループホームの場合は住居名も併せて記入
事業所所在地 (住居所在地)	船橋市湊町2-10-25 (船橋市湊町2-8-11)
サービス種別	共同生活援助
事業開始 予定年月日	令和〇年〇月〇日
連絡先 (電話番号)	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
連絡先 (メールアドレス)	〇〇〇〇.jp
担当者氏名	船橋 太郎

※平面図(フロア及び居室用途がわかるもの)を添付してください。