新潟市訓練・就労系事業所等通所交通費助成

に係る事業所登録届

# 基本情報

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事由 | 新規　変更　廃止 | 変更箇所 |
| 開所・閉所日 | 開所　閉所　　　　年　　　月　　　日 |
| カナ名称 |  | 有　無 |
| 事業所名称 |  |
| 郵便番号 | 〒　　　　－ | 有　無 |
| 事業所住所 |  |
| 電話番号 | －　　　　　－ | 有　無 |
| FAX番号 | －　　　　　－ | 有　無 |
| 電子メールアドレス | ＠ | 有　無 |

　※　電子メールアドレスは、区役所健康福祉課障がい福祉係より、連絡する際に使用します。

# 支払口座情報

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金融機関 |  | 有　無 |
| 支店 |  |
| 口座種別 | 普通　当座 |
| 口座番号 |  |
| 口座名義人カナ |  | 有　無 |
| 口座名義人 |  |

* 届出は、貴事業所を所管する区役所健康福祉課障がい福祉係へ、支払月の前月までにお願いいたします（市外に事業所が所在する場合、利用者の居住区の区役所健康福祉課障がい福祉係へ届け出てください）。
* 事由が変更の場合のみ、変更箇所欄にも入力願います。
* 事由が廃止の場合のみ、事業所名称まで入力願います。