

장애인 가족 지원 사업 수행기관 지정 신청서

접수번호	접수일	발급일	처리기간	30일
------	-----	-----	------	-----

기관	기관(단체)명		사업자등록번호	
	주소			
	전화번호	팩스번호		전자우편

기관장 (신청인)	성명			
	주소		전화번호	

시설현황	사무실	개	강의실	개	상담실	㎡	휴게실	개
------	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---

인력현황	기관장	명	가족지원담당자	명	사례관리담당자	명	가족상담담당자	명
------	-----	---	---------	---	---------	---	---------	---

「장애인복지법」 제30조의2제2항 및 같은 법 시행규칙 제2조의7제2항에 따라 위와 같이 장애인 가족 지원 사업 수행기관 지정을 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

보건복지부장관 · 지방자치단체의 장

귀하

신청인 제출서류	1. 기관 또는 단체의 정관이나 이에 준하는 약정 1부 2. 사업계획서 1부 3. 제2조의6에 따른 지정기준을 충족하였음을 확인할 수 있는 서류 각 1부	수수료 없음
담당 공무원 확인사항	법인 등기사항증명서(법인인 경우에만 확인합니다)	

처리절차

신청서 작성	➔	접 수	➔	지정기관 검토	➔	지정기관 확정	➔	지정서 발급	➔	지정서 수령
신청인		처 리 기 관 (보건복지부/ 지방자치단체)		처 리 기 관 (보건복지부/ 지방자치단체)		처 리 기 관 (보건복지부/ 지방자치단체)		처 리 기 관 (보건복지부/ 지방자치단체)		신청인