

## 활동지원기관 지정신청서

접수번호	접수일	발급일	처리기간 30일
① 급여 종류	[ ] 활동보조 [ ] 방문목욕 [ ] 방문간호		
② 기 관	기관명	사업자등록번호	
	주소		
	전화번호	팩스번호	전자우편
③ 대표자 (신청인)	성명	주민등록번호	
	주소		전화번호
④ 법 인	법인명	법인등록번호	등록일
	주소	대표이사명	전화번호
⑤ 급여비용 수령 계좌	예금주	은행명	계좌번호

「장애인활동 지원에 관한 법률」 제20조제1항 및 같은 법 시행규칙 제18조제1항에 따라 위와 같이 활동지원기관 지정을 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

**특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장** 귀하

첨부서류	1. 정관 1부(법인만 제출합니다) 2. 사업계획서 및 운영규정을 적은 서류 각 1부 3. 「장애인활동 지원에 관한 법률 시행규칙」 제17조에 따른 지정기준을 충족하였음을 확인할 수 있는 서류 1부	수수료 없음
담당 공무원 확인사항	법인 등기사항증명서(법인인 경우에만 확인합니다)	

### 작성방법

- ①: 제공하는 활동지원급여의 종류에 모두 √ 표시합니다.
- ④: 법인인 경우에만 적습니다.
- ⑤: 대표자(법인인 경우에는 법인) 명의의 계좌번호를 적습니다.

### 처리절차

