指定障害児相談支援事業所指定申請書

いわき市長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 所　在　地 |  |
| 申請者 | 名　　　称 |  |
|  | 代表者氏名 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法人の種別 | | |  | | | | | | | | | | | | 法人所轄庁 | | | |  | |
| 連絡先 | 電話番号 | |  | | | | | | | | | | | | ファクシミリ番号 | | | |  | |
| 電子ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 代表者の職・氏名・生年月日 | | | 職名 | |  | | | | フリガナ | | |  | | | | | | 生年  月日 | | 年　月　日 |
| 氏　名 | | |  | | | | | |
| 代表者の住所 | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所 | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業開始年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 既に指定を受けている場合は記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業の種類 | | | 事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | 指定年月日 | | | |
| 指定特定相談支援事業 | | |  | |  | |  |  |  | |  |  | |  |  | |  | 年　　月　　日 | | | |
| 地域相談支援事業（地域移行支援） | | |  | |  | |  |  |  | |  |  | |  |  | |  | 年　　月　　日 | | | |
| 地域相談支援事業（地域定着支援） | | |  | |  | |  |  |  | |  |  | |  |  | |  | 年　　月　　日 | | | |
| 介護保険法の居宅介護支援事業 | | |  | |  | |  |  |  | |  |  | |  |  | |  | 年　　月　　日 | | | |
| 介護保険法の介護予防支援事業 | | |  | |  | |  |  |  | |  |  | |  |  | |  | 年　　月　　日 | | | |

備考

１　「法人の種別」欄は、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「一般財団法人」、「公益社団法人」、「公益財団法人」、「株式会社」、「有限会社」等の別を記入してください。

２　「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記入してください。

３　付表を添付してください。