障害児通所支援事業等変更届障害福祉サービス事業等変更届

年　　月　　日

いわき市長　様

住所（所在地）

　　　届出者　氏名（名称及び代表者氏名）　　　　　　　　　　　印

電話番号

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所の名称 |  | |
| 変更事項 |  | |
| 変更の内容 | 変更前 | 変更後 |
|  |  |
| 変更の理由 |  | |
| 変更年月日 | 年　　　月　　　日 | |

備考

１　各項目の欄に記載できない場合は、別紙として作成し、この様式に添付してください。

２　変更した日から１月以内に届け出てください。