指定障害児通所支援事業所変更事項届出書

　　　年　　月　　日＠

いわき市長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 届出者 | 所　在　地 |  |
| 名　　　称 |  |
| 代表者氏名 | ＠ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 変更があった事業所 | 名称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 障害児通所支援の種類 |  |
| 変更があった事項 | 変更の内容 |
| １ | 事業所の名称 | （変更前） |
| ２ | 事業所の所在地 |
| ３ | 申請者の名称 |
| ４ | 申請者の主たる事務所の所在地 |
| ５ | 申請者の代表者の氏名、生年月日、住所又は職名 |
| ６ | 申請者の登記事項証明書又は条例等（当該指定に係る事業に関するものに限る。） |
| ７ | 事業所又は建物の平面図（各室の用途を明示したもの）又は設備の概要 | （変更後） |
| ８ | 医療型児童発達支援にあっては、建物の構造概要 |
| ９ | 事業所の管理者の氏名、生年月日、住所又は経歴 |
| 10 | 事業所の児童発達支援管理責任者の氏名、生年月日、住所又は経歴 |
| 11 | 運営規程 |
| 変　更　年　月　日 | 年　　月　　日 |

備考

１　「変更があった事項」欄は、該当するものの番号を○で囲んでください。

２　変更の内容が確認できる書類を添付してください。なお、当該書類が児童発達支援、医療型児童発達支援又は放課後等デイサービスの利用者の定員の増加に伴うものである場合は、当該児童発達支援、医療型児童発達支援又は放課後等デイサービスに係る従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類を併せて添付してください。

３　変更した日から10日以内に届け出てください。