指定障害児通所支援事業所指定変更申請書

年　　月　　日

いわき市長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 所　在　地 |  |
| 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 |  |
| 代表者の氏名・生年月日・職名 | フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 | 職名 |  |
| 氏　名 |  |
| 代表者の住所 |  |
| とする事業所指定の変更を受けよう | フリガナ |  |
| 名称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 障害児通所支援の種類 |  |
| 変更前利用定員 |  |
| 変更後利用定員 |  |

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」、「特定非営利活動法人」、「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　「指定の変更を受けようとする事業所の障害児通所支援の種類」欄は、該当する障害児通所支援の種類を記載してください。

４　利用定員を増加しようとするときに、申請してください。

５　利用定員の変更とは、従たる事業所の開所等により変更となる場合を含みます。

６　変更の内容が確認できる書類を添付してください。