指定障害児通所支援事業所指定更新申請書

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 | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定の更新を受けようとする事業所 | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同一所在地において  行う事業の種類 | | | 実施  事業 | 現に受けている指定の  有効期間満了日 | | | | | | 付表 | | | | 既に指定を受けている事業 | | | | | | | | 備考 | |
|  | 事業所番号及び指定年月日 | | | | | | |
| 児童発達支援 | | |  | 年　　月　　日 | | | | | |  | | | |  | 別紙のとおり | | | | | | |  | |
| 医療型児童発達支援 | | |  | 年　　月　　日 | | | | | |  | | | |  |
| 放課後等デイサービス | | |  | 年　　月　　日 | | | | | |  | | | |  |
| 居宅訪問型児童発達支援 | | |  | 年　　月　　日 | | | | | |  | | | |  |
| 保育所等訪問支援 | | |  | 年　　月　　日 | | | | | |  | | | |  |
| 事　業　所　番　号 | | |  | | |  | |  |  | |  | | |  | | |  |  | | | |  | |  | |

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　「実施事業」欄は、この更新申請に係るものの欄に○を記入してください。

４　「既に指定を受けている事業」欄は、既に指定を受けているものの欄に○を記入してください。

５　「既に指定を受けている事業の事業所番号及び指定年月日」欄は、既に指定を受けている場合にのみ必要事項を別紙に記入してください。

６　指定の更新を受けようとする事業の種類に応じ、それぞれ該当する付表の欄に掲げる付表を添付してください。