様式第1号(第2条関係)

|  |  |
| --- | --- |
| 指定障がい福祉サービス事業者  指定障がい者支援施設  指定一般相談支援事業者 | 指定（更新）申請書 |

年　　月　　日

　豊田市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者(設置者)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　主たる事務所の所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者の氏名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 障がい者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律 | 第36条第1項（第41条第4項の規定  第38条第1項（第41条第4項の規定  第51条の19第1項（第51条の21第2 | |
| により準用する場合を含む。）に規定する指定障がい福祉サービス事業者  により準用する場合を含む。）に規定する指定障がい者支援施設  項の規定により準用する場合を含む。）規定する指定一般相談支援事業者 | | に係る指定（更新）を受け |
| たいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。 | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | 受付番号 | | | |  | | | | | | |
| 申請者(設置者) | フリガナ | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | | | | | | (郵便番号　　　　―　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法人である場合その種別 | | | | | |  | | | | | | | | | 法人所轄庁 | | | | |  | |
| 連絡先 | | | 電話番号 | | |  | | | | | | | | | FAX番号 | | | | |  | |
| 代表者の職・氏名・生年月日 | | | | | | 職名 | | | |  | | | | | フリガナ | | | | |  | |
| 氏名 | | | | |  | |
| 生年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| 代表者の住所 | | | | | | (郵便番号　　　　―　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定（更新）を受けようとする事業所・施設の種類 | フリガナ | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所(施設)の所在地 | | | | | | (郵便番号　　　　―　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同一所在地において行う事業等の種類 | | | | | | 実施事業 | | 指定（更新）申請をする事業等の事業開始予定年月日 | | | | | | 様式 | | | 実施事業 | | 他の法律において既に指定を受けている事業等の指定年月日 | | 備考 |
| 指定障がい福祉  サービス事業 |  | | | | |  | |  | | | | | |  | | |  | |  | |  |
|  | | | | |  | |  | | | | | |  | | |  | |  | |  |
|  | | | | |  | |  | | | | | |  | | |  | |  | |  |
|  | | | | |  | |  | | | | | |  | | |  | |  | |  |
|  | | | | |  | |  | | | | | |  | | |  | |  | |  |
|  | | | | |  | |  | | | | | |  | | |  | |  | |  |
|  | | | | |  | |  | | | | | |  | | |  | |  | |  |
|  | | | | |  | |  | | | | | |  | | |  | |  | |  |
| 指定障がい者支援施設 | | | | | |  | |  | | | | | |  | | |  | |  | |  |
| 指定一般相談支援事業 | | | | | |  | |  | | | | | |  | | |  | |  | |  |
| 事業所番号 | | | 同一の法律において既に指定を受けている場合 | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | |  |  |  |  | |  | | |  |  | | |  | |  |

備考

　1　「受付番号」欄には記載しないでください。

　2　「法人である場合その種別」欄には、申請者が法人である場合に、社会福祉法人、医療法人、社団法人、財団法人、株式会社、有限会社等の別を記載してください。

　3　「法人所轄庁」欄には、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載してください。

　4　「同一所在地において行う事業等の種類」欄には、今回申請をするもの及び既に指定を受けているものについて事業の種類を記載し、該当する欄に○を記載してください。

　5　「事業所番号」欄には、既に事業者としての指定を受け、番号が付番されている場合にその事業者番号を記載してください。複数の番号を有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。