様式第２号（第２条関係）

指定・指定変更申請書

年　　月　　日

　和光市長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者が法人である場合、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名）

　指定障害福祉サービス事業所・指定障害者支援施設・指定一般相談支援事業所、指定障害児通所支援事業所・指定障害児入所施設に係る指定を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者（事業者・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 |  |
| 代表者 | 職名 |  | | | |
| フリガナ |  | | | |
| 氏名 |  | | | |
| 住所 |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指定・指定の変更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　　　－　　　　） | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | |  | | ＦＡＸ | | |  | |
| 管理者 | フリガナ | | |  | | | | | | |
| 氏　　名 | | |  | | | | | | |
| 住　　所 | | |  | | | | | | |
| 当該事業所・施設で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入） | | | | | |  | | | |
| 同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場のみ合記入） | | | | 事業所等の名称 | |  | | | |
| 兼務する職種及び勤務時間等 | |  | | | |
| 同一所在地において行う事業等の種類 | | | 事業開始予定年月日（既に指定を受けている事業等は指定年月日） | | | | | 利用定員（利用者の　推定数） | | 事業所番号※既に指定を受けている場合 |
| 指定傷害福祉サービス事業所及び指定障害者支援施設 |  | |  | | | | |  | |  |
|  | |  | | | | |  | |  |
|  | |  | | | | |  | |  |
| 指定一般相談支援事業所 |  | |  | | | | |  | |  |
|  | |  | | | | |  | |  |
|  | |  | | | | |  | |  |
| 指定障害児通所支援事業者及び指定障害児入所支援施設 |  | |  | | | | |  | |  |
|  | |  | | | | |  | |  |
|  | |  | | | | |  | |  |

備考　　１　「法人である場合その種別」欄には、社会福祉法人、医療法人、一般社団法人、一般財団法人、株式会社等の別を記入してください。

２　「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入してください。

３　「同一所在地において行う事業等の種類」欄には、今回の指定・指定の変更の申請をする事業等及び既に指定を受けている事業等の種類を記入してください。

　　　　４　指定・指定の変更を受けようとする事業等の種類に応じ、障害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施行規則（平成１８年厚生労働省令第１９号）又は児童福祉法施行規則（昭和２３年厚生省令第１１号）で定める書類その他市長が別に定める書類を添付してください。