

別記第九号様式(第九条)

指定障害児通所支援事業所 申請事項変更届出書  
 指定障害児入所施設

年 月 日

千葉県知事 様

申請者 所在地  
 (設置者) 名称  
 代表者



次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

		事業所番号							
指定内容を変更した施設	名称								
	所在地								
	支援の種類								
変更があった事項		変更の内容							
1	事業所(施設)の名称	(変更前)							
2	事業所(施設)の所在地(設置の場所)								
3	申請者(設置者)の名称								
4	申請者(設置者)の主たる事務所の所在地								
5	代表者の氏名、生年月日、住所及び職名								
6	役員(代表者)の氏名、生年月日及び住所								
7	定款・寄付行為等及びそ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。)								
8	医療法第7条の許可を受けた病院であることを証する書類(医療型障害児入所施設に限る)	(変更後)							
9	事業所(施設)の構造概要、平面図及び設備の概要								
10	事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴								
11	事業所(施設)の児童発達支援管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴								
12	主たる対象者								
13	運営規程								
14	障害児通所給付費等の請求に関する事項								
変更年月日		年 月 日							

備考

- 1 該当項目番号に○を付してください。
- 2 変更内容がわかる書類を添付してください。
- 3 変更の日から10日以内に届け出てください。