

受付番号

指定障害児通所支援事業所
指定障害児入所施設 指定(更新)申請書

年 月 日

千葉県知事 様

申請者 所在地
(設置者) 名称
代表者

㊞

児童福祉法に規定する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(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。

事業所(施設)所在地市町村番号

| | | | | | |
|----------------------------|-------------------|-----------------------|-------------------|-------|--|
| 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 | — |) | |
| | | 都道府県 | 郡市区 | | |
| | 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 | |
| | | e-mail | | | |
| 代表者の職・氏名・生年月日 | 職名 | | フリガナ | | |
| | 生年月日 | | 氏名 | | |
| 代表者の住所 | (郵便番号 | — |) | | |
| | 都道府県 | 郡市区 | | | |
| 指定(更新)を受けようとする事業所・施設の種類の備考 | フリガナ | | | | |
| | 名称 | | | | |
| | 施設又は事業所の所在地 | (郵便番号 | — |) | |
| | | 千葉県 | 郡市区 | | |
| | 施設種別 | 指定(更新)申請する施設等の支援開始年月日 | 現に受けている指定の有効期間満了日 | | |
| | | | | | |
| | 同一施設内において行う事業等の種類 | | 事業者番号 | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | 備考 | | | | |

備考

- 「受付番号」「事業所(施設)所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 「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」「株式会社」等の別を記載してください。
- 「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。
- 「同一施設内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てください。
- 「事業者番号」欄には、申請を行う千葉県において既に事業所としての指定を受け、番号が付番されている場合に、その事業所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。