

(様式第6号)

障害児（通所・入所）給付費算定に係る体制等に関する届出書

令和 年 月 日

千葉県知事様

届出者所在地  
事業所名  
代表者名

印

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

|               |            |                   |                |       |                  |
|---------------|------------|-------------------|----------------|-------|------------------|
| 届出者           | フリガナ<br>名称 |                   |                |       |                  |
|               | 主たる事務所の所在地 | (郵便番号 ー )<br>県 郡市 |                |       |                  |
|               | 連絡先        | 電話番号              |                | FAX番号 |                  |
| 施設等の状況        | フリガナ<br>名称 |                   |                |       |                  |
|               | 指定事業所番号    | 1                 | 2              | 5     |                  |
|               | 主たる事業所の所在地 | (郵便番号 ー )<br>県 郡市 |                |       |                  |
|               | 連絡先        | 電話番号              |                | FAX番号 |                  |
| (通所・入所) 支援の種類 |            | 指定年月日             | 異動等の区分         | 異動年月日 | 異動項目<br>(※変更の場合) |
|               |            |                   | 1 新規 2 変更 3 終了 |       |                  |
| 特記事項          | 変更前        |                   |                | 変更後   |                  |
|               |            |                   |                |       |                  |

注1 「異動等の区分」欄は、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字に「○」を記入してください。

注2 「異動項目」欄は、(別紙1-1~3)「障害児通所(入所)給付費等の算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目を記載してください。

注3 「特記事項」欄は、異動の状況について具体的に記載してください。

|                                       |       |
|---------------------------------------|-------|
| 担当者連絡先                                |       |
| 当該書類について、問い合わせをする際の担当者名と連絡先を記入してください。 |       |
| 事業者名                                  |       |
| 担当者名                                  |       |
| 連絡先                                   | (電話)  |
|                                       | (FAX) |