年　　月　　日

　　（宛先）高松市長

届出者　　主たる事務所の所在地

（設置者）　名称

代表者の氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

指定障害福祉サービス事業者等変更届

　　次のとおり指定を受けた内容に変更があったので、届けます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定内容に変更があった事業所（施設） | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| サービスの種類 |  |
| 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 | 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 | ※定款・寄附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。）※定款・寄附行為等は就労継続支援Ａ型事業所のみ |
| ７ | 事業所（施設）の構造概要及び平面図並びに設備の概要 |
| ８ | 事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴 |
| ９ | 事業所（施設）のサービス管理責任者又はサービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴 |
| 10 | 相談支援専門員又は指定地域相談支援の提供に当たる者の氏名、生年月日、住所及び経歴 |
| （変更後） |
| 11 | 主たる対象者 |
| 12 | 運営規程 |
| 13 | 事業所の種別(併設・空床利用型・単独型の別) |
| 14 | 併設事業所において短期入所事業を行うときの利用者の推定数又は空床利用型における当該施設の入所定員 |
| 15 | 協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約の内容 |
| 16 | 当該申請に係る事業の開始予定年月日 |
| 17 | 併設する施設がある場合の当該併設施設の概要 |
| 18 | 同一敷地内にある入所施設及び病院の概要 |
| 19 | その他 |
| 変　　更　　年　　月　　日 | 年　　月　　日 |

注

１　該当する項目に○印を付けてください。

　　２　変更内容が分かる書類を添付してください。

　　３　変更の日から１０日以内に提出してください。