|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

年　　月　　日

　　（宛先）高松市長

申請者 　 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・指定障害者支援施設・指定一般相談支援事業者・指定特定相談支援事業者・指定障害児通所支援事業者・指定障害児相談支援事業者指定申請書

　　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に規定する指定障害福祉サービス事業者・指定障害者支援施設・指定一般相談支援事業者・指定特定相談支援事業者又は児童福祉法に規定する指定障害児通所支援事業者・指定障害児相談支援事業者の指定を受けたいので、次のとおり、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者（設置者） | フリガナ |  |
| 名 称 |  |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 |
|  |
| 法人である場合その種別 |  | 法人の所轄庁 |  |
| 連　　絡　　先 | 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 代表者の氏名・生年月日・職名 | フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日生 |
| 氏名 |  | 職名 |  |
| 代表者の住所 | 〒 |
|  |
| 指定を受けようとする事業所（施設） | フリガナ |  |
| 名 称 |  |
| 事業所（施設）の所在地 | 〒  |
|  |
| 同一所在地において行う事業等の種類 | 実施事業 | 指定申請をする事業等の事業開始予定年月日 | 実施事業 | 他の法律において既に指定を受けている事業等の指定年月日 | 備考 |
| 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（地域移行支援） |  |  |  |  |
| 指定一般相談支援事業所（地域定着支援） |  |  |  |  |
| 指定特定相談支援事業 |  |  |  |  |
| 指定障害児通所支援事業 |  |  |  |  |
| 指定障害児相談支援事業 |  |  |  |  |
| 事業所番号 | 同一の法律において既に指定を受けている場合 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 注

１　「受付番号」の欄は、記載しないでください。

２　「法人である場合その種別」の欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「一般社団法　人」「株式会社」「有限会社」等の別を記載してください。

３　「法人の所轄庁」の欄は、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。

４　「同一所在地において行う事業等の種類」の欄は、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等の種類を記載し、該当する欄に○印を記載してください。

５　「事業所番号」の欄は、本市又は本市以外の地方公共団体において既に事業所として指定を受け、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。