第1号様式(第2条)

|  |  |
| --- | --- |
| 指定特定相談支援事業者 | 指定(更新)申請書 |
| 指定障害児相談支援事業者 |

年　　月　　日

　府中市長

申請者　　所在地

名称

代表者　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 指定特定相談支援事業者  　指定障害児相談支援事業者 | の | 指定  指定の更新 | を受けたいので | 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 |
| 児童福祉法 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 第51条の20第1項  第51条の21第2項 | | において準用する同法第51条の20第1項 | | | | | の規定により次のとおり申請します。 | | | | | |
| 第24条の28第1項  第24条の29第4項 | | において準用する同法第24条の28第1項 | | | | |
| 申請者 | フリガナ | | |  | | | | | | | |
| 名称 | | |  | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | | | (郵便番号　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 法人の種別 | | |  | | | | 法人所轄庁 | |  | |
| 連絡先 | | | 電話番号 | |  | | FAX番号 | |  | |
| 代表者の職名及び氏名 | | | 職名 | |  | | フリガナ | |  | |
| 氏名 | |  | |
| 代表者の生年月日 | | |  | | | | | | | |
| 代表者の住所 | | | (郵便番号　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 事業所 | フリガナ | | |  | | | | | | | |
| 名称 | | |  | | | | | | | |
| 所在地 | | | (郵便番号　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 事業の種類 | | | 実施事業 | 事業の開始の予定年月日  (指定の更新の場合は、現に受けている指定の有効期間満了日) | | | | 備考 | | |
| 特定相談支援事業 | | |  |  | | | |  | | |
| 障害児相談支援事業 | | |  |  | | | |  | | |
| 既に特定相談支援事業の指定を受けている場合は記載してください。 | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 | | |  | | | | | | 指定年月日 | |  |
| 既に地域相談支援事業(地域移行支援)の指定を受けている場合は記載してください。 | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 | | |  | | | | | | 指定年月日 | |  |
| 既に地域相談支援事業(地域定着支援)の指定を受けている場合は記載してください。 | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 | | |  | | | | | | 指定年月日 | |  |
| 介護保険法の居宅介護支援事業の指定を受けている場合は記載してください。 | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 | | |  | | | | | | 指定年月日 | |  |
| 介護保険法の介護予防支援事業の指定を受けている場合は記載してください。 | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 | | |  | | | | | | 指定年月日 | |  |

備考

　1　「法人の種別」欄には、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記載してください。

　2　「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。