様式第８号の16 (第9条の11関係)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 指定障害児通所支援事業 |  |
|  | 指定障害児入所支援事業 | 指定（更新）申請書 |
|  | 指定障害児相談支援事業 |  |

年　　月　　日

　　(宛先)静岡市長

申請者　　所在地

(設置者)　名称

代表者氏名

|  |  |
| --- | --- |
| 指定障害児通所支援 |  |
| 指定障害児入所支援 | に係る指定（更新）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。 |
| 指定障害児相談支援 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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　　　－　　　　） |
|  |
| 法人である場合その種別 |  | 法人所管庁 |  |
| 連絡先 | 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| E-mail |  |
| 代表者の職・氏名 | 職名 |  | フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　－　　　　） |
|  |
| 指定（更新）を受けようとする事業等の種類 | フリガナ |  |
| 名称 |  |
| 施設又は事業所の所在地 | （郵便番号　　　－　　　　） |
|  |
| 事業等の種別 | 指定申請する事業等の開始予定年月日（又は現在受けている指定の有効期間満了日） | 付表番号 |
|  |  | 付表 |
| 同一所在地において行う事業等 |
| 法律の名称 | 事業又は施設の種類 | 指定年月日 | 事業所番号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 備考 |  |

備考

１　「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」「社団法人」「財団法人」「株式会社」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。

３　「同一所在地において行う事業等」欄には、児童福祉法又は他の法律によって既に指定を受けているものについて記載してください。欄が不足する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。

４　申請の事業等の種別に応じ、市長が別に定める付表その他指定に関し必要と認める事項を記載した書類を添付してください。

（別紙）

他の法律において既に指定を受けている事業等について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 法律の名称 | 指定年月日 | 指定事業所番号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |