

| | |
|------|--|
| 受付番号 | |
|------|--|

指定障害児通所支援事業者指定（更新・変更）申請書

令和××年××月××日

越谷市長 宛

申請者（法人）の所在地、名称、代表者氏名等は
登記事項証明書と合致すること。
（下表内も同様）

所在地 埼玉県越谷市越ヶ谷
○丁目×番地××
申請者 名称 社会福祉法人△△△
代表者 □□ □□

押印不要

児童福祉法の規定により、指定障害児通所支援事業者に係る指定（更新・変更）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 | フリガナ | シカイフクシホウジン△△△ | | | |
| | 名称 | 社会福祉法人△△△ | | | |
| | 主たる事務所の所在地 | (〒×××-××××) 埼玉県越谷市越ヶ谷○丁目×番地×× | | | |
| | 法人である場合その種別 | 埼玉県 | 法人所轄庁 | 埼玉県 | |
| | 連絡先 | 電話番号 | 048-830-×××× | FAX番号 | 048-830-×××× |
| | メールアドレス | saitama-fukushi00@aaaaa.ne.jp | | | |
| | 代表者の氏名、職名及び生年月日 | フリガナ | □□ □□ | 職名 | 理事長 |
| 氏名 | | □□ □□ | 生年月日 | 昭和×年×月×日 | |
| 代表者の住所 | (〒×××-××××) 埼玉県越谷市越ヶ谷○丁目×番地×× | | | | |
| 指定（更新・変更）を受けようとする事業 | フリガナ | ○○ガケン | | | |
| | 名称 | ○○学園 | | | |
| | 事業所の所在地 | (〒×××-××××) 埼玉県越谷市越ヶ谷○丁目×番地×× | | | |
| | 事業の種類 | 指定申請する事業の開始予定年月日 | 様式 | | |
| | 児童発達支援 放課後等デイサービス | 令和○年○月○日 | 付表2、4 | | |
| | 同一所在地内において行う事業等の種類 | 事業所番号 | | | |
| | 児童発達支援 放課後等デイサービス | | | | |
| 備考 | 指定申請するサービスの種別 (複数ある場合は併記する) | | | | |

備考

- 1 申請する事業所の事業の種類に応じて、付表を添付してください。
- 2 「受付番号」欄には、記載しないでください。
- 3 「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」、「公益社団法人」、「一般財団法人」、「株式会社」等の別を記載してください。
- 4 「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。
- 5 「同一所在地内において行う事業等の種類」欄には、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、事業の種類を記載してください。
- 6 「事業所番号」欄には、越谷市において既に事業者としての指定を受け、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。