第1号様式(第2条関係)

(表面)

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

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

年　　　月　　　日

　町田市長　　　　様

所在地

申請者　　名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　印

　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第５１条の２０（第５１条の２１）・児童福祉法第２４条の２８（第２４条の２９）に規定する事業所に係る指定（更新）を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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・氏名 | 職名 | 　 | フリガナ | 　 |
| 氏名 | 　 |
| 代表者の住所 | (郵便番号　　　―　　　　) |
| 　 |
| 指定を受けようとする事業所 | フリガナ | 　 |
| 名称 | 　 |
| 事業所の所在地 | (郵便番号　　　―　　　　) |
| 　 |
| 事業の種類 | 指定申請をする事業の事業開始予定年月日 | 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 |
| 指定特定相談支援 | 　 | 　 | 　 |
| 指定障害児相談支援 | 　 | 　 | 　 |

備考

　1　「受付番号」欄には記載しないでください。

　2　「法人の種別」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」「一般社団法人」「一般財団法人」「株式会社」等の別を記載してください。

　3　「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。

　4　東京都において既に事業所として番号が付番されている場合に、その事業所番号を裏面に記載してください。

　5　当指定申請書に加えて、必要な書類を添付してください。

(裏面)

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又は児童福祉法において既に指定を受けている事業等について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 法律の名称及びサービスの種類 | 指定年月日 | 事業所番号　(10桁) |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

介護保険法において既に指定を受けている事業等について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| サービスの種類 | 指定年月日 | 事業所番号 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |