|  |  |
| --- | --- |
| ※受付番号 |  |

指定障害児通所支援事業者（指定障害児入所施設）指定申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　香川県知事　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　主たる事務所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　の所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　指定障害児通所支援事業者（指定障害児入所施設）の指定の変更をしたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | ※事業所（施設）所在地市町番号 | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 申　　　請　　　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 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業等 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　　　　　　称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所（施設）の所在地 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事　業　等　の　種　類 | | | | 申請に係る事業等の開始年月日 | | | | | | | | | | | | 様　　式 | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 同一所在地において行う事業等の種類 | | | | 事　　業　　所　　番　　号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |
| 備　　　考 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（注）

　１　「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、一般財団法人、株式会社等の別を記入すること。

　２　「法人所轄庁」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入すること。

　３　「同一所在地において行う事業等の種類」の欄は、既に指定を受けているものについて事業等の種類を記入すること。

　４　「事業所番号」の欄は、香川県内において既に事業所（施設）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入すること。複数の番号を有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記入すること。