

指定障害福祉サービス事業者 指定更新申請書
 指定障害者支援施設

年 月 日

〇〇市長（町長）様

申請者
 主たる事務所の所在地
 名称
 代表者の職・氏名

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41条第4項において準用する 第36条第1項
第38条第1項 の規定により

指定障害福祉サービス事業者
指定障害者支援施設 の指定の更新を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

1 申請者

① 名称又は氏名	名称又は氏名の変更の有無	変更有り <input type="checkbox"/> ・変更無し <input type="checkbox"/>
	フリガナ	
② 主たる事務所の所在地又は住所	主たる事務所の所在地又は住所の変更の有無	変更有り <input type="checkbox"/> ・変更無し <input type="checkbox"/>
	フリガナ (郵便番号)	
③ 申請者の連絡先	申請者の連絡先の変更の有無	変更有り <input type="checkbox"/> ・変更無し <input type="checkbox"/>
	変更後の電話番号： 変更後のFAX番号：	
④ 法人の種類及び法人所轄庁	法人の種類及び法人所轄庁の変更の有無	変更有り <input type="checkbox"/> ・変更無し <input type="checkbox"/>
	変更後の法人の種類： 変更後の法人所轄庁：	
⑤ 申請者の代表者の職名、氏名及び生年月日	代表者の職・氏名の変更の有無	変更有り <input type="checkbox"/> ・変更無し <input type="checkbox"/>
	代表者の職名 代表者の氏名 (氏名フリガナ：) 年 月 日生	
⑥ 申請者の代表者の住所	代表者の住所等の変更の有無	変更有り <input type="checkbox"/> ・変更無し <input type="checkbox"/>
	フリガナ (郵便番号)	

備考

- 1 ①、②、⑤及び⑥の欄については、変更の有無にかかわらず記入してください。
- 2 ④の欄は、申請者が法人である場合に記入してください。このうち、法人の種類については「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」等の別を記入し、法人所轄庁については申請者が行政庁（大臣、都道府県知事等）の許認可等を受けて設立された法人である場合に、その行政庁の名称を記入してください。

2 指定の更新を受けようとする事業所・施設

① 事業所(施設)の名称	名称の変更の有無	変更有り <input type="checkbox"/> ・変更無し <input type="checkbox"/>
	フリガナ	
② 事業所(施設)の所在地	事業所の所在地の変更の有無	変更有り <input type="checkbox"/> ・変更無し <input type="checkbox"/>
	フリガナ (郵便番号)	
③ 事業所(施設)の連絡先	事業所の連絡先の変更の有無	変更有り <input type="checkbox"/> ・変更無し <input type="checkbox"/>
	変更後の電話番号： 変更後のFAX番号：	
④ 指定事業所番号	2 7 : : : : : : : :	
⑤ 事業の種類		
⑥ 現に受けている指定の有効期間満了日		年 月 日

備考

- 1 ①、②、④、⑤及び⑥の欄については、変更の有無にかかわらず記入してください。
- 2 ④の欄には、既に指定を受けている番号を記入してください。
- 3 ⑥の欄には、現在の有効期間の満了日を記入してください。

申請担当者氏名	
連絡先	電話番号
	FAX番号

指定障害福祉サービス事業者
指定障害者支援施設

指定更新申請書

平成24年8月1日

市長（町長）様

(記入例)

申請者名 主たる事務所の所在地 〇〇市〇〇町1丁目1番地1
代表者の職・氏名 代表取締役 広域太郎
社会福祉法人 広域福祉会

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41条第4項において準用する第36条第1項第38条第1項の規定により

指定障害福祉サービス事業者

指定障害者支援施設

の指定の更新を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

1 申請者

① 名称又は氏名	名称又は氏名の変更の有無 フリガナ シャカイフクシホウジン コウイキフクシカイ 社会福祉法人 広域福祉会	変更有り <input type="checkbox"/> ・変更無し <input checked="" type="checkbox"/>
② 主たる事務所の所在地又は住所	主たる事務所の所在地又は住所の変更の有無 フリガナ (郵便番号 560 - 0000) 〇〇市〇〇町1丁目1番地1	変更有り <input checked="" type="checkbox"/> ・変更無し <input checked="" type="checkbox"/>
③ 申請者の連絡先	申請者の連絡先の変更の有無 変更後の電話番号： 変更後のFAX番号：	変更有り <input type="checkbox"/> ・変更無し <input checked="" type="checkbox"/>
④ 法人の種別及び法人所轄庁	法人の種別及び法人の所轄庁の変更の有無 変更後の法人の種別： 変更後の法人所轄庁：	変更有り <input type="checkbox"/> ・変更無し <input checked="" type="checkbox"/>
⑤ 申請者の代表者の職名、氏名及び生年月日	代表者の職・氏名の変更の有無 代表者の職：代表取締役 代表者の氏名 広域太郎 (氏名フリガナ コウイキタロウ) 昭和 40年 1月 1日 生	変更有り <input type="checkbox"/> ・変更無し <input checked="" type="checkbox"/>
⑥ 申請者の代表者の住所	代表者の住所等の変更の有無 フリガナ イケダシミノオマチトヨノノセ1-1 (郵便番号 560-0001) 池田市箕面町豊能能勢1-1-1	変更有り <input type="checkbox"/> ・変更無し <input checked="" type="checkbox"/>
⑦ 役員の氏名、生年月日及び住所	役員の氏名、生年月日及び住所の変更の有無	変更有り <input type="checkbox"/> ・変更無し <input checked="" type="checkbox"/>

備考

- ①、②、⑤及び⑥の欄については、変更の有無にかかわらず記入してください。
- ④の欄は、申請者が法人である場合に記入してください。このうち、法人の種別については「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」等の別を記入し、法人所轄庁については申請者が行政庁（大臣、都道府県知事等）の許認可等を受けて設立された法人である場合に、その行政庁の名称を記入してください。
- ⑦の欄については、変更の有無にかかわらず役員名簿を添付してください。

2 指定の更新を受けようとする事業所・施設

① 事業所（施設）の名称	名称の変更の有無 フリガナ コウイキフクシヘルパーステーション 広域福祉ヘルパーステーション	変更有り <input type="checkbox"/> ・変更無し <input checked="" type="checkbox"/>
② 事業所（施設）の所在地	事業所の所在地の変更の有無 (郵便番号 560 - 0001) 〇〇市〇〇町2丁目2番地2	変更有り <input type="checkbox"/> ・変更無し <input checked="" type="checkbox"/>
③ 事業所（施設）の連絡先	事業所の連絡先の変更の有無 変更後の電話番号： 変更後のFAX番号：	変更有り <input type="checkbox"/> ・変更無し <input checked="" type="checkbox"/>
④ 指定事業所番号	2 7 0 0 0 0 0 0 0 0 (既に受けている番号を記入)	
⑤ 事業の種類	居宅介護 重度訪問介護	
⑥ 現に受けている指定の有効期間満了日		平成24年9月30日

備考

- ①、②、④、⑤及び⑥の欄については、変更の有無にかかわらず記入してください。
- ④の欄には、既に指定を受けている番号を記入してください。
- ⑥の欄には、現在の有効期間の満了日を記入してください。

申請担当者氏名	池箕豊能
連絡先	電話番号
	FAX番号