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

指定障害福祉サービス事業所指定障害者支援施設指定相談支援事業所　指定申請書

年　　月　　日

　　　群馬県知事　あて

申請者　　所在地

（設置者）　名　称

代表者

　障害者総合支援法に規定する指定障害福祉サービス事業所（指定障害者支援施設・指定一般相談支援事業所）に係る指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 事業所（施設）所在地市町村番号 |  |
| 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　　　　―　　　） |
| 　　　　　　県　　　　　郡・市 |
|  |
| 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・生年月日 | 職　　　名 |  | フリガナ |  |
| 生 年 月 日 |  | 氏名 |  |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　　―　　　） |
| 　　　　　　県　　　　　郡・市 |
|  |
| 指定を受けようとする事業所・施設の種類 | フ リ ガ ナ |  |
| 名　　　称 |  |
| 事業所（施設）の所在地 | （郵便番号　　　　―　　　） |
| 　　　　　　県　　　　　郡・市 |
|  |
| 同一所在地において行う事業等の種類 | 実施事業 | 指定申請をする事業等の事業開始予定年月日 | 様式 | 実施事業 | 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 |
| 指定障害福祉サービス事業所 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 指定障害者支援施設 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 指定一般相談支援事業所（地域移行支援） |  |  |  | 付表14 |  |  |
| 指定一般相談支援事業所（地域定着支援） |  |  |  | 付表14 |  |  |
| 〇〇事業所番号 | 同一の法律において既に指定を受けている場合 |
|  |
| 更新の場合　現に受けている指定の有効期間満了日 | 　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 |

　（備考）

　　１「受付番号」欄及び「事業所（施設）所在地市町村番号」欄には、記載しないでください。

　　２　「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、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　「同一所在地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等の種類を記載し、該当する欄には、「〇」を記載してください。また、「共生型サービス」を申請する場合は、事業等の種類の後に（共生型）と記載してください。

　　５　「〇〇事業所番号」欄には、申請を行う都道府県等において既に事業所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、そのすべてを記載してください。

　（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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |