

様式第1号（第2条関係）（用紙 日本工業規格A4縦型）

指 定
指 定 変 更 申 請 書
指 定 更 新

年 月 日

静岡県知事 氏 名 様

指定障害福祉サービス事業者 指 定
次のとおり 指定障害者支援施設の指定変更を受けたいので、障害者総合支援法
指定一般相談支援事業者 指定更新

第 3 6 条 第 1 項
第 3 7 条 第 1 項
第 3 8 条 第 1 項
第 3 9 条 第 1 項
第 4 1 条 第 1 項
第 5 1 条 の 1 第 1 項
第 5 1 条 の 2 第 1 項
の規定により、関係書類を添えて申請します。

		※事業所番号											
申 請 者	フリガナ 氏名（法人にあっては、その名称並びに代表者の職名及び氏名）												
	主たる事務所の所在地		(郵便番号 —)										
	連絡先	電話番号						FAX番号					
	住所（法人にあっては、その代表者の住所）		(郵便番号 —)										
	法人・個人の種別							生年月日（法人にあっては、その代表者の生年月日）	年 月 日				
指 定 を 受 け よ う と す る 事 業 の 種 類 等	フリガナ 事業所（施設）の名称												
	所在地		(郵便番号 —)										
	電子メールアドレス												
	同一所在地において行う事業の種類		実施事業	指定に係る申請の場合 事業開始予定年月日			指定更新に係る申請の場合 現に受けている指定の有効期間満了日			付表番号			
	障害福祉サービス・施設障害福祉サービス	居宅介護			年 月 日			年 月 日			付表1		
		重度訪問介護			年 月 日			年 月 日			付表1		
		同行援護			年 月 日			年 月 日			付表1		
		行動援護			年 月 日			年 月 日			付表1		
		療養介護			年 月 日			年 月 日			付表2		
		生活介護			年 月 日			年 月 日			付表3		
		短期入所			年 月 日			年 月 日			付表4		
		重度障害者等包括支援			年 月 日			年 月 日			付表5		
		共同生活援助			年 月 日			年 月 日			付表6		
		自立訓練			年 月 日			年 月 日			付表7又は8		
	就労移行支援			年 月 日			年 月 日			付表9			
就労継続支援			年 月 日			年 月 日			付表10				
就労定着支援			年 月 日			年 月 日			付表11				
自立生活援助			年 月 日			年 月 日			付表12				
多機能型			年 月 日			年 月 日			付表13				
障害者支援施設			年 月 日			年 月 日			付表14				
一般相談支援	地域移行支援			年 月 日			年 月 日			付表15			
	地域定着支援			年 月 日			年 月 日			付表15			

備考

- ※印（「事業所番号」）欄は、既に事業所（施設）としての指定を受けている場合に記入すること。複数の番号を有する場合には、適宜様式を補正し、その全てを記入すること。
- 「法人・個人の種別」欄には、申請者が個人である場合は個人と記載し、法人である場合は社会福祉法人、医療法人、株式会社等の別を記入すること。
- 「電子メールアドレス」欄には、県から指定を受けようとする事業所への連絡等を受信する際に用いる電子メールアドレスを記入すること。
- 「実施事業」欄には、今回の申請に係る事業の種類に応じ、該当する欄に○を記入すること。
- 障害者総合支援法又は他の法律によって既に指定を受けている事業の種類がある場合には、別紙に事業所番号等を記入すること。
- この様式において「障害者総合支援法」とは、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をいう。

