

(様式第2号)

障害児（通所・入所）給付費算定に係る体制等に関する届出書

令和 年 月 日

静岡県知事様

届出者 所在地
事業者（法人）名
代表者名

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

届出者	フリガナ 法人等の名称	-----			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -) 都道府県 郡市			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
	法人等の種別			法人所轄庁	
	代表者の職・氏名	職名		氏名	
	代表者の住所	(郵便番号 -) 都道府県 郡市			
施設・事業所の状況	施設・事業所名称				
	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 -) 都道府県 郡市			
	事業所番号		指定を受ける支援の種類		
	連絡先	電話番号		FAX番号	
	管理者の氏名	職名		氏名	
	管理者の住所	(郵便番号 -) 都道府県 郡市			
体制等を変更する支援の種類		指定年月日	異動等の区分	異動年月日	
		R . . 1 1 新規 2 変更 3 終了	R . . .	R . . .	
		R . . . 1 1 新規 2 変更 3 終了	R . . .	R . . .	
特記事項	変更前		変更後		
関係書類		別紙のとおり			

(備考)

- 「法人の場合その種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」、「医療法人」、「公益社団法人」、「一般財団法人」、「株式会社」等の別を記入してください。
- 「法人所轄庁」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載してください。
- 「異動等の区分」欄は、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字に「○」を記入してください。
- 「特記事項」欄は、異動の状況について具体的に記載してください。