様式第１号（第２条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 受付番号※１ | 　 |
| 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 | 指定（更新）申請書 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　鳥取市長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（事業者・設置者） | 所在地名称代表者　　　　　　　　　　　　　　　　 |

　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）の指定（指定の更新）を受けたいので、次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※２ | 　 |
| 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　　　　　　　） |
| 法人の種別※３ | 　 | 法人所管庁※４ | 　 |
| 電話番号 | 　 | ファックス番号 | 　 |
| 代表者の職・氏名 | 職名 | 　 | フリガナ | 　 |
| 氏名 | 　 |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　　　　　） |
| 指定（更新）を受けようとする事業所・施設 | フリガナ | 　 |
| 名称 | 　 |
| 事業所（施設）の所在地 | （郵便番号　　　　　　　）　　　　 |
| 同一所在地において行う事業等の種類※５ | 実施事業 | 申請をする事業等の事業開始予定年月日（現に受けている指定の有効期間満了日） | 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） | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 指定一般相談支援事業所（地域定着支援） | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 事業所番号※６ | 同一の法律において既に指定を受けている場合 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

注 １　※１及び※２の欄は、記載しないこと。

　 ２　※３の欄は、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、有限会社等の別を記載すること。

　 ３　※４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載すること。

　 ４　※５の欄は、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「○」を付け、該当する事項を記載すること。この場合、様式欄には、添付書類２の「別に定める書類」の付表番号を記載すること。

　 ５　※６の欄は、本市において既に事業所（施設）としての指定を受け、番号が付されている場合に、「事業所番号」の左側に事業等の種類を、その右側の欄にその事業所番号を記載すること。複数の番号が付されている場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載すること。

添付書類

　１　別紙（他の法律において既に指定を受けている場合に限る。）

　２　指定を受けようとする事業等の種類に応じて別に定める書類

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