

鳥取市指定障害福祉サービス事業者等の指定等に関する規則等の一部を改正する規則をここに公布する。

令和7年3月28日

鳥取市長 深澤 義彦

鳥取市規則第38号

鳥取市指定障害福祉サービス事業者等の指定等に関する規則等の一部を  
改正する規則

(鳥取市指定障害福祉サービス事業者等の指定等に関する規則の一部改正)

第1条 鳥取市指定障害福祉サービス事業者等の指定等に関する規則(平成30年鳥取市規則第17号)の一部を次のように改正する。

第2条第1項中「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」を「指定申請書」に改める。

様式第1号を次のように改める。

様式第1号（第2条関係）

指定障害福祉サービス事業所/指定障害者支援施設  
 指定障害児通所支援事業所  
 指定特定相談支援事業所/指定一般相談支援事業所/指定障害児相談支援事業所  
 指定 申請書

年 月 日

鳥取市長 様

所在地  
 申請者 名称  
 代表者

表題の事業所・施設に係る指定/指定の更新を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

|                         |                               | 法人番号(13桁)        |                         |                           |                    |            |                             |
|-------------------------|-------------------------------|------------------|-------------------------|---------------------------|--------------------|------------|-----------------------------|
| 申請者<br>(設置者)            | フリガナ<br>名称                    |                  |                         |                           |                    |            |                             |
|                         | 主たる事務所の所在地                    | (郵便番号 - )<br>県 市 |                         |                           |                    |            |                             |
|                         | 連絡先                           | 電話番号             | (内線)                    |                           |                    | FAX番号      |                             |
|                         |                               | E-mailアドレス       |                         |                           |                    |            |                             |
|                         | 法人等の種類                        |                  |                         |                           |                    |            |                             |
|                         | 代表者の職・氏名・生年月日                 | 職名               |                         | フリガナ<br>氏名                |                    | 生年月日       |                             |
| 代表者の住所                  | (郵便番号 - )<br>県 市              |                  |                         |                           |                    |            |                             |
| 指定を受けようとする事業所・施設の<br>種類 | フリガナ<br>名称                    |                  |                         |                           |                    |            |                             |
|                         | 事業所(施設)の所在地                   | (郵便番号 - )<br>県 市 |                         |                           |                    |            |                             |
|                         | 多機能型事業所に係る指定の申請の場合は○          |                  |                         |                           |                    |            |                             |
|                         | 同一所在地において<br>行う事業等の種類         |                  | 共生型サービスの<br>指定を申請するものに○ | 今回の指定(更新)申請を<br>する対象事業等に○ | 既に指定を受けて<br>いる事業に○ | 事業の開始予定年月日 | 本申請書に添付<br>して提出する様式<br>(付表) |
|                         | 指定<br>障害<br>福祉サ<br>ービス<br>事業所 | 居宅介護             |                         |                           |                    |            | 付表1                         |
|                         |                               | 重度訪問介護           |                         |                           |                    |            | 付表1                         |
|                         |                               | 同行援護             |                         |                           |                    |            | 付表1                         |
|                         |                               | 行動援護             |                         |                           |                    |            | 付表1                         |
|                         |                               | 療養介護             |                         |                           |                    |            | 付表2                         |
|                         |                               | 生活介護             |                         |                           |                    |            | 付表3                         |
|                         |                               | 短期入所             |                         |                           |                    |            | 付表4                         |
|                         |                               | 重度障害者等包括支援       |                         |                           |                    |            | 付表5                         |
|                         |                               | 自立訓練(機能訓練)       |                         |                           |                    |            | 付表6                         |
|                         |                               | 自立訓練(生活訓練)       |                         |                           |                    |            | 付表6                         |
|                         |                               | 就労移行支援           |                         |                           |                    |            | 付表7                         |
| 就労継続支援A型                |                               |                  |                         |                           |                    | 付表8        |                             |
| 就労継続支援B型                |                               |                  |                         |                           |                    | 付表8        |                             |
| 就労定着支援                  |                               |                  |                         |                           | 付表9                |            |                             |
| 自立生活援助                  |                               |                  |                         |                           | 付表10               |            |                             |
| 共同生活援助                  |                               |                  |                         |                           | 付表11               |            |                             |
| 指定障害者支援施設(施設入所支援)       |                               |                  |                         |                           |                    | 付表12       |                             |
| 指定一般<br>相談支援<br>事業所     | 地域移行支援                        |                  |                         |                           |                    | 付表13       |                             |
|                         | 地域定着支援                        |                  |                         |                           |                    | 付表13       |                             |
| 指定特定相談支援事業所             |                               |                  |                         |                           |                    | 付表14       |                             |
| 指定障害<br>児通所支<br>援事業所    | 児童発達支援                        |                  |                         |                           |                    | 付表15       |                             |
|                         | 放課後等デイサービス                    |                  |                         |                           |                    | 付表15       |                             |
|                         | 居宅訪問型児童発達支援                   |                  |                         |                           |                    | 付表16       |                             |
|                         | 保育所等訪問支援                      |                  |                         |                           |                    | 付表17       |                             |
| 指定障害児相談支援事業所            |                               |                  |                         |                           |                    | 付表14       |                             |
| 【既に指定を受けている場合】事業所番号     |                               |                  |                         |                           |                    |            |                             |

(備考)

- 1 更新申請の際には、本申請書の表題を「更新申請書」に変更して使用してください。
- 2 「法人等の種類」欄には、「社会福祉法人(社協以外)」、「社会福祉法人(社協)」、「医療法人」、「社団・財団」、「営利法人」、「非営利法人(NPO)」、「農協」、「生協」、「その他法人」、「地方公共団体(都道府県)」、「地方公共団体(市町村)」、「地方公共団体(広域連合・一部事務組合等)」、「非法人」、「その他」のいずれかを記入してください。
- 3 「同一所在地において行う事業等の種類」欄には、今回申請をする事業及び既に指定を受けている事業のそれぞれに「○」を記載してください。
- 4 「【既に指定を受けている場合】事業所番号」欄には、申請を行う本市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。
- 5 「事業の開始予定年月日」欄については、更新の場合にあっては、現に受けている指定の有効期間満了日を記載してください。
- 6 本申請書に添付して提出する様式(付表)は、別に定めるものを使用すること。

様式第3号を次のように改める。

様式第3号(第4条関係)

指定障害福祉サービス事業所/指定障害者支援施設  
指定障害児通所支援事業所  
指定特定相談支援事業所/指定一般相談支援事業所/指定障害児相談支援事業所  
変更届出書

年 月 日

鳥取市長 様

申請者 所在地  
名称  
代表者職名・氏名

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

| 事業所番号                                     |       |
|---|-------|
| 指定を受けた内容を変更した事業所又は施設                      | 名称    |
|   | 所在地   |
| サービスの種類                                   |       |
| 変更年月日                                     | 年 月 日 |
| 変更があった事項(該当に○)                            | 変更の内容 |
| 事業所(施設)の名称                                | (変更前) |
| 事業所(施設)の所在地                               |       |
| 申請者の名称                                    |       |
| 申請者の主たる事務所の所在地                            |       |
| 申請者の代表者の氏名、生年月日、住所及び職名                    |       |
| 法人等の種類                                    |       |
| 登記事項証明書又は条例等(当該事業に関するものに限る。)              |       |
| 共生型サービスの該当有無                              |       |
| 事業所(施設)の構造概要・平面図・設備の概要                    |       |
| 利用者又は入所者の定員                               |       |
| 管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴                        |       |
| サービス管理(提供)責任者又は児童発達支援管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴 |       |
| 運営規程                                      |       |
| 協力医療機関・協力歯科医療機関の名称・診療科名・契約内容              |       |
| 提携就労支援機関の名称                               |       |
| 提供する障害福祉サービス等の種類                          |       |
| 第三者委託により提供する障害福祉サービス等の種類等                 |       |
| 事業実施形態(事業所の種別等)                           |       |
| 従業者の勤務の体制及び勤務形態                           |       |
| その他                                       |       |

- (備考) 1 変更届の提出に際しては、必要書類を添付してください。  
2 「変更があった事項」の「変更の内容」は、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように記入してください。

(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に基づく指定特定相談支援事業者の指定等及び児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者の指定等に関する規則の一部改正)

第2条 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に基づく指定特定相談支援事業者の指定等及び児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者の指定等に関する規則（平成24年鳥取市規則第17号）の一部を次のように改正する。

第2条第1項中「指定特定相談支援事業所（指定障害児相談支援事業所）指定（更新）申請書」を「指定申請書」に改める。

様式第1号を次のように改める。

様式第1号（第2条関係）

指定障害福祉サービス事業所/指定障害者支援施設  
 指定障害児通所支援事業所  
 指定特定相談支援事業所/指定一般相談支援事業所/指定障害児相談支援事業所  
 指定 申請書

年 月 日

鳥取市長 様

所在地  
 申請者 名称  
 代表者

表題の事業所・施設に係る指定/指定の更新を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

|                         |                               | 法人番号(13桁)        |                         |                           |                    |            |                             |
|-------------------------|-------------------------------|------------------|-------------------------|---------------------------|--------------------|------------|-----------------------------|
| 申請者<br>(設置者)            | フリガナ<br>名称                    |                  |                         |                           |                    |            |                             |
|                         | 主たる事務所の所在地                    | (郵便番号 - )<br>県 市 |                         |                           |                    |            |                             |
|                         | 連絡先                           | 電話番号             | (内線)                    |                           |                    | FAX番号      |                             |
|                         |                               | E-mailアドレス       |                         |                           |                    |            |                             |
|                         | 法人等の種類                        |                  |                         |                           |                    |            |                             |
|                         | 代表者の職・氏名・生年月日                 | 職名               |                         | フリガナ<br>氏名                |                    | 生年月日       |                             |
| 代表者の住所                  | (郵便番号 - )<br>県 市              |                  |                         |                           |                    |            |                             |
| 指定を受けようとする事業所・施設の<br>種類 | フリガナ<br>名称                    |                  |                         |                           |                    |            |                             |
|                         | 事業所(施設)の所在地                   | (郵便番号 - )<br>県 市 |                         |                           |                    |            |                             |
|                         | 多機能型事業所に係る指定の申請の場合は○          |                  |                         |                           |                    |            |                             |
|                         | 同一所在地において<br>行う事業等の種類         |                  | 共生型サービスの<br>指定を申請するものに○ | 今回の指定(更新)申請を<br>する対象事業等に○ | 既に指定を受けて<br>いる事業に○ | 事業の開始予定年月日 | 本申請書に添付<br>して提出する様式<br>(付表) |
|                         | 指定<br>障害<br>福祉サ<br>ービス<br>事業所 | 居宅介護             |                         |                           |                    |            | 付表1                         |
|                         |                               | 重度訪問介護           |                         |                           |                    |            | 付表1                         |
|                         |                               | 同行援護             |                         |                           |                    |            | 付表1                         |
|                         |                               | 行動援護             |                         |                           |                    |            | 付表1                         |
|                         |                               | 療養介護             |                         |                           |                    |            | 付表2                         |
|                         |                               | 生活介護             |                         |                           |                    |            | 付表3                         |
|                         |                               | 短期入所             |                         |                           |                    |            | 付表4                         |
|                         |                               | 重度障害者等包括支援       |                         |                           |                    |            | 付表5                         |
|                         |                               | 自立訓練(機能訓練)       |                         |                           |                    |            | 付表6                         |
|                         |                               | 自立訓練(生活訓練)       |                         |                           |                    |            | 付表6                         |
|                         |                               | 就労移行支援           |                         |                           |                    |            | 付表7                         |
| 就労継続支援A型                |                               |                  |                         |                           |                    | 付表8        |                             |
| 就労継続支援B型                |                               |                  |                         |                           |                    | 付表8        |                             |
| 就労定着支援                  |                               |                  |                         |                           | 付表9                |            |                             |
| 自立生活援助                  |                               |                  |                         |                           | 付表10               |            |                             |
| 共同生活援助                  |                               |                  |                         |                           | 付表11               |            |                             |
| 指定障害者支援施設(施設入所支援)       |                               |                  |                         |                           |                    | 付表12       |                             |
| 指定一般<br>相談支援<br>事業所     | 地域移行支援                        |                  |                         |                           |                    | 付表13       |                             |
|                         | 地域定着支援                        |                  |                         |                           |                    | 付表13       |                             |
| 指定特定相談支援事業所             |                               |                  |                         |                           |                    | 付表14       |                             |
| 指定障害<br>児通所支<br>援事業所    | 児童発達支援                        |                  |                         |                           |                    | 付表15       |                             |
|                         | 放課後等デイサービス                    |                  |                         |                           |                    | 付表15       |                             |
|                         | 居宅訪問型児童発達支援                   |                  |                         |                           |                    | 付表16       |                             |
|                         | 保育所等訪問支援                      |                  |                         |                           |                    | 付表17       |                             |
| 指定障害児相談支援事業所            |                               |                  |                         |                           |                    | 付表14       |                             |
| 【既に指定を受けている場合】事業所番号     |                               |                  |                         |                           |                    |            |                             |

(備考)

- 1 更新申請の際には、本申請書の表題を「更新申請書」に変更して使用してください。
- 2 「法人等の種類」欄には、「社会福祉法人(社協以外)」、「社会福祉法人(社協)」、「医療法人」、「社団・財団」、「営利法人」、「非営利法人(NPO)」、「農協」、「生協」、「その他法人」、「地方公共団体(都道府県)」、「地方公共団体(市町村)」、「地方公共団体(広域連合・一部事務組合等)」、「非法人」、「その他」のいずれかを記入してください。
- 3 「同一所在地において行う事業等の種類」欄には、今回申請をする事業及び既に指定を受けている事業のそれぞれに「○」を記載してください。
- 4 「【既に指定を受けている場合】事業所番号」欄には、申請を行う本市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。
- 5 「事業の開始予定年月日」欄については、更新の場合にあっては、現に受けている指定の有効期間満了日を記載してください。
- 6 本申請書に添付して提出する様式(付表)は、別に定めるものを使用すること。

様式第2号を次のように改める。

様式第2号(第3条関係)

指定障害福祉サービス事業所/指定障害者支援施設  
指定障害児通所支援事業所  
指定特定相談支援事業所/指定一般相談支援事業所/指定障害児相談支援事業所  
変更届出書

年 月 日

鳥取市長 様

申請者

所在地  
名称  
代表者職名・氏名

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

| 事業所番号                                     |       |
|---|-------|
| 指定を受けた内容を変更した事業所又は施設                      | 名称    |
|   | 所在地   |
| サービスの種類                                   |       |
| 変更年月日                                     | 年 月 日 |
| 変更があった事項(該当に○)                            | 変更の内容 |
| 事業所(施設)の名称                                | (変更前) |
| 事業所(施設)の所在地                               |       |
| 申請者の名称                                    |       |
| 申請者の主たる事務所の所在地                            |       |
| 申請者の代表者の氏名、生年月日、住所及び職名                    |       |
| 法人等の種類                                    |       |
| 登記事項証明書又は条例等(当該事業に関するものに限る。)              |       |
| 共生型サービスの該当有無                              |       |
| 事業所(施設)の構造概要・平面図・設備の概要                    |       |
| 利用者又は入所者の定員                               |       |
| 管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴                        |       |
| サービス管理(提供)責任者又は児童発達支援管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴 |       |
| 運営規程                                      |       |
| 協力医療機関・協力歯科医療機関の名称・診療科名・契約内容              |       |
| 提携就労支援機関の名称                               |       |
| 提供する障害福祉サービス等の種類                          |       |
| 第三者委託により提供する障害福祉サービス等の種類等                 |       |
| 事業実施形態(事業所の種別等)                           |       |
| 従業者の勤務の体制及び勤務形態                           |       |
| その他                                       |       |

- (備考)
- 1 変更届の提出に際しては、必要書類を添付してください。
  - 2 「変更があった事項」の「変更の内容」は、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように記入してください。

(鳥取市指定障害児通所支援事業者の指定等に関する規則の一部改正)

第3条 鳥取市指定障害児通所支援事業者の指定等に関する規則(令和元年鳥取市規則第30号)の一部を次のように改正する。

第2条第1項中「指定障害児通所支援事業者指定(更新)申請書」を「指定申請書」に改める。

第4条第1項中「指定障害児通所支援事業者変更届出書」を「変更届出書」に改める。

様式第1号を次のように改める。

様式第1号（第2条関係）

指定障害福祉サービス事業所/指定障害者支援施設  
 指定障害児通所支援事業所  
 指定特定相談支援事業所/指定一般相談支援事業所/指定障害児相談支援事業所  
 指定 申請書

年 月 日

鳥取市長 様

所在地  
 申請者 名称  
 代表者

表題の事業所・施設に係る指定/指定の更新を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

|                         |                               | 法人番号(13桁)        |                         |                           |                    |            |                             |
|-------------------------|-------------------------------|------------------|-------------------------|---------------------------|--------------------|------------|-----------------------------|
| 申請者<br>(設置者)            | フリガナ<br>名称                    |                  |                         |                           |                    |            |                             |
|                         | 主たる事務所の所在地                    | (郵便番号 - )<br>県 市 |                         |                           |                    |            |                             |
|                         | 連絡先                           | 電話番号             | (内線)                    |                           |                    | FAX番号      |                             |
|                         |                               | E-mailアドレス       |                         |                           |                    |            |                             |
|                         | 法人等の種類                        |                  |                         |                           |                    |            |                             |
|                         | 代表者の職・氏名・生年月日                 | 職名               |                         | フリガナ<br>氏名                |                    | 生年月日       |                             |
| 代表者の住所                  | (郵便番号 - )<br>県 市              |                  |                         |                           |                    |            |                             |
| 指定を受けようとする事業所・施設の<br>種類 | フリガナ<br>名称                    |                  |                         |                           |                    |            |                             |
|                         | 事業所(施設)の所在地                   | (郵便番号 - )<br>県 市 |                         |                           |                    |            |                             |
|                         | 多機能型事業所に係る指定の申請の場合は○          |                  |                         |                           |                    |            |                             |
|                         | 同一所在地において<br>行う事業等の種類         |                  | 共生型サービスの<br>指定を申請するものに○ | 今回の指定(更新)申請を<br>する対象事業等に○ | 既に指定を受けて<br>いる事業に○ | 事業の開始予定年月日 | 本申請書に添付<br>して提出する様式<br>(付表) |
|                         | 指定<br>障害<br>福祉サ<br>ービス<br>事業所 | 居宅介護             |                         |                           |                    |            | 付表1                         |
|                         |                               | 重度訪問介護           |                         |                           |                    |            | 付表1                         |
|                         |                               | 同行援護             |                         |                           |                    |            | 付表1                         |
|                         |                               | 行動援護             |                         |                           |                    |            | 付表1                         |
|                         |                               | 療養介護             |                         |                           |                    |            | 付表2                         |
|                         |                               | 生活介護             |                         |                           |                    |            | 付表3                         |
|                         |                               | 短期入所             |                         |                           |                    |            | 付表4                         |
|                         |                               | 重度障害者等包括支援       |                         |                           |                    |            | 付表5                         |
|                         |                               | 自立訓練(機能訓練)       |                         |                           |                    |            | 付表6                         |
|                         |                               | 自立訓練(生活訓練)       |                         |                           |                    |            | 付表6                         |
|                         |                               | 就労移行支援           |                         |                           |                    |            | 付表7                         |
|                         |                               | 就労継続支援A型         |                         |                           |                    |            | 付表8                         |
| 就労継続支援B型                |                               |                  |                         |                           |                    | 付表8        |                             |
| 就労定着支援                  |                               |                  |                         |                           | 付表9                |            |                             |
| 自立生活援助                  |                               |                  |                         |                           | 付表10               |            |                             |
| 共同生活援助                  |                               |                  |                         |                           | 付表11               |            |                             |
| 指定障害者支援施設(施設入所支援)       |                               |                  |                         |                           |                    | 付表12       |                             |
| 指定一般<br>相談支援<br>事業所     | 地域移行支援                        |                  |                         |                           |                    | 付表13       |                             |
|                         | 地域定着支援                        |                  |                         |                           |                    | 付表13       |                             |
| 指定特定相談支援事業所             |                               |                  |                         |                           |                    | 付表14       |                             |
| 指定障害<br>児通所支<br>援事業所    | 児童発達支援                        |                  |                         |                           |                    | 付表15       |                             |
|                         | 放課後等デイサービス                    |                  |                         |                           |                    | 付表15       |                             |
|                         | 居宅訪問型児童発達支援                   |                  |                         |                           |                    | 付表16       |                             |
|                         | 保育所等訪問支援                      |                  |                         |                           |                    | 付表17       |                             |
| 指定障害児相談支援事業所            |                               |                  |                         |                           |                    | 付表14       |                             |
| 【既に指定を受けている場合】事業所番号     |                               |                  |                         |                           |                    |            |                             |

(備考)

- 1 更新申請の際には、本申請書の表題を「更新申請書」に変更して使用してください。
- 2 「法人等の種類」欄には、「社会福祉法人(社協以外)」、「社会福祉法人(社協)」、「医療法人」、「社団・財団」、「営利法人」、「非営利法人(NPO)」、「農協」、「生協」、「その他法人」、「地方公共団体(都道府県)」、「地方公共団体(市町村)」、「地方公共団体(広域連合・一部事務組合等)」、「非法人」、「その他」のいずれかを記入してください。
- 3 「同一所在地において行う事業等の種類」欄には、今回申請をする事業及び既に指定を受けている事業のそれぞれに「○」を記載してください。
- 4 「【既に指定を受けている場合】事業所番号」欄には、申請を行う本市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。
- 5 「事業の開始予定年月日」欄については、更新の場合にあっては、現に受けている指定の有効期間満了日を記載してください。
- 6 本申請書に添付して提出する様式(付表)は、別に定めるものを使用すること。

様式第3号を次のように改める。

様式第3号(第4条関係)

指定障害福祉サービス事業所/指定障害者支援施設  
指定障害児通所支援事業所  
指定特定相談支援事業所/指定一般相談支援事業所/指定障害児相談支援事業所  
変更届出書

年 月 日

鳥取市長 様

申請者

所在地  
名称  
代表者職名・氏名

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

| 事業所番号                                     |       |       |
|---|-------|-------|
| 指定を受けた内容を変更した事業所又は施設                      | 名称    |       |
|   | 所在地   |       |
| サービスの種類                                   |       |       |
| 変更年月日                                     | 年 月 日 |       |
| 変更があった事項(該当に○)                            | 変更の内容 |       |
| 事業所(施設)の名称                                | (変更前) |       |
| 事業所(施設)の所在地                               |       |       |
| 申請者の名称                                    |       |       |
| 申請者の主たる事務所の所在地                            |       |       |
| 申請者の代表者の氏名、生年月日、住所及び職名                    |       |       |
| 法人等の種類                                    |       |       |
| 登記事項証明書又は条例等(当該事業に関するものに限る。)              |       |       |
| 共生型サービスの該当有無                              |       |       |
| 事業所(施設)の構造概要・平面図・設備の概要                    |       |       |
| 利用者又は入所者の定員                               |       | (変更後) |
| 管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴                        |       |       |
| サービス管理(提供)責任者又は児童発達支援管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴 |       |       |
| 運営規程                                      |       |       |
| 協力医療機関・協力歯科医療機関の名称・診療科名・契約内容              |       |       |
| 提携就労支援機関の名称                               |       |       |
| 提供する障害福祉サービス等の種類                          |       |       |
| 第三者委託により提供する障害福祉サービス等の種類等                 |       |       |
| 事業実施形態(事業所の種別等)                           |       |       |
| 従業者の勤務の体制及び勤務形態                           |       |       |
| その他                                       |       |       |

- (備考)
- 1 変更届の提出に際しては、必要書類を添付してください。
  - 2 「変更があった事項」の「変更の内容」は、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように記入してください。

## 附 則

### (施行期日)

- 1 この規則は、令和7年4月1日から施行する。

### (経過措置)

- 2 この規則の施行の際現に改正前の各規則の規定により作成され、使用されている用紙については、この規則の規定にかかわらず、当分の間使用することができる。