（様式第３号）

指定障害児通所支援事業者変更届出書

年　　月　　日

　（あて先）一宮市長

　　　　　　　　　　　　　　申請者　　所在地

　　　　　　　　　　　　　（設置者）　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

　次のとおり指定を受けた内容を変更したので届け出ます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | 事業所番号 |  |
| 指定内容を変更  した事業所 | | 名　　　称 |  |
| 所　在　地 |  |
| 事業の種類 |  |
| 変 更 が あ っ た 事項 | | | 変 更 の 内 容 |
| １ | 事業所の名称 | | （変更前） |
| ２ | 事業所の所在地（設置の場所） | |
| ３ | 申請者（設置者）の名称 | |
| ４ | 主たる事務所の所在地 | |
| ５ | 代表者の住所及び氏名 | |
| ６ | 登記事項証明書又は条例等（当該指定に係る事業に関するものに限る。） | |
| ７ | 医療法第７条の許可を受けた病院又は診療所であること。 | |
| ８ | 事業所の平面図及び設備の概要 | | （変更後） |
| ９ | 事業所の管理者の住所及び氏名 | |
| 10 | 事業所の児童発達支援管理責任者の住所及び氏名 | |
| 11 | 主たる対象者 | |
| 12 | 運営規程 | |
| 13 | 協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約内容 | |
| 変　更　年　月　日 | | | 年　　月　　日 |

備考

　１　該当する項目の番号に○を付してください。

　２　変更内容が分かる書類を添付してください。

　３　変更した日から１０日以内に届け出てください。