（様式第２号）

指定障害児通所支援事業者変更申請書

年　　月　　日

　（あて先）一宮市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　（設置者）　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

　次のとおり特定障害児通所支援の量を増加したいので、児童福祉法第２１条の５の２０

第１項の規定により申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | |  | | | 法人所轄庁 | | |  | |
| 連絡先 | | 電話番号 |  | | ＦＡＸ番号 | | |  | |
| 代表者の職氏名 | | 職名 |  | | フリガナ | | |  | |
| 氏名 | | |  | |
| 代表者の生年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | |
| 代表者の住所 | | 郵便番号（　　　－　　　　） | | | | | | | |
| 変更指定を受けよう  とする事業の種類 | フリガナ | |  | | | | | | | |
| 事業所の名称 | |  | | | | | | | |
| 事業所  の所在地 | | 郵便番号（　　　－　　　　） | | | | | | | |
| 変更指定を受けようとする事業の種類 | | | | | | 変 更 予 定 年 月 日 | | | |
|  | | | | | |  | | | |
| 利用定員 | | 変更前 | | 人 | | 変更後 | | | 人 |
| 同一敷地内において行う事業の種類 | | | | | | 事　業　所　番　号 | | | |
|  | | | | | |  | | | |
|  | | | | | |  | | | |
| 事業所番号 | | 同一の法律において既に指定を受けている場合 | | | | | |  | | |
|  | | | | | |

記入上の注意

　１　「法人の種別」欄には、申請者が法人である場合に、社会福祉法人、医療法人、一般社団法人、公益社団法人、一般財団法人、公益財団法人、株式会社等の別を記入してください。

　２　「法人所轄庁」欄には、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入してください。

　３　「同一敷地内において行う事業の種類」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種類を記入してください。

　４　「事業所番号」欄には、既に指定を受けている場合に、その事業所番号を記入してください。複数の番号を有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記入してください。