

(参考様式第1号)

障害児通所支援事業等開始・変更・再開 届

令和 年 月 日

千葉県知事 様

(事業者)
(施設の設置者)

児童福祉法に規定する障害児通所支援事業等を(開始・変更・再開)しますので、関係書類を添えて届出します。

市町村長・事業者 (施設の設置者)	フリガナ			
	名称			
	主たる事務所の所在地			(郵便番号)
	法人である場合その種別			
	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	
代表者の住所			(郵便番号)	
事業所・施設の種別	フリガナ			
	名称			
	事業所(施設)の所在地			(郵便番号)
	障害児通所支援事業等	事業の種類	事業開始予定年月日	事業内容

(備考)

- 「法人である場合その種別」欄には、申請者が法人である場合に、「市町村」「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記載してください。
- 「事業の種類」欄には、児童発達支援、放課後等デイサービス、保育所等訪問支援、居宅訪問型児童発達支援の別を記入してください。
- 「事業内容」欄には、①児童発達支援センターの場合は、事業内容に児童発達支援センターと記入してください。
②放課後等デイサービスの場合は、利用定員も記入してください。

(参考様式第1号)

<記入例>

障害児通所支援事業等開始・変更・再開 届

令和▲▲年 ▲月 ▲日

千葉県知事 ○○ ○○ 様

(事業者) 社会福祉法人 ■■■会
(施設の設置者) 理事長 ×× ●●

児童福祉法に規定する障害児通所支援事業等を(開始・変更・再開)しますので、関係書類を添えて届出します。

事業者 (施設の設置者)	フリガナ	シャカイフクシホウジンカクカクカイ			
	名称	社会福祉法人■■■会			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号) 260-8667 千葉市中央区市場町1-1			
	法人である場合その種別	社会福祉法人			
	連絡先	電話番号	043-223-2336	FAX番号	043-222-4133
	代表者の職・氏名	職名	理事長	フリガナ	バツバツ マルマル
				氏名	×× ●●
代表者の住所	(郵便番号) 260-0000 千葉市中央区▲▲1-2-3				
事業所・施設の種別	フリガナ	マルマルジドウハッタツシエンセンター			
	名称	●●児童発達支援センター			
	事業所(施設)の所在地	(郵便番号) 260-0002 千葉市中央区××町1-2			
	障害児通所支援事業等	事業の種類	事業開始予定年月日		事業内容
		児童発達支援	令和○○年 ○月 ○日		児童発達支援センター
放課後等デイサービス		令和○○年 ○月 ○日		10名	

(備考)

- 「法人である場合その種別」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」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記載してください。
- 「事業の種類」欄には、児童発達支援、放課後等デイサービス、保育所等訪問支援、居宅訪問型児童発達支援の別を記入してください。
- 「事業内容」欄には、①児童発達支援センターの場合は、事業内容に児童発達支援センターと記入してください。
②放課後等デイサービスの場合は、利用定員も記入してください。