

第一号の二様式

受付番号

指定障害福祉サービス事業所
指定障害者支援施設

指定更新申請書

令和 年 月 日

千葉県知事 様

申請者 所在地
(設置者) 名 称
代表者

印

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規定する 指定障害福祉サービス事業所
(指定障害者支援施設)に係る指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

事業所(施設)所在地市町村番号

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 ー)									
	法人である場合その種別						法人所轄庁					
	連絡先	電話番号					FAX 番号					
		e-mail										
	代表者の職・氏名・生年月日		職 名					フリガナ				
							氏 名					
代表者の住所		(郵便番号 ー)										
指定更新を 事業所・施設 受けようとする	フリガナ											
	名 称											
	事業所(施設)の所在地		(郵便番号 ー)									
	サービスの種類											
	事業所番号		1	2								
現に受けている指定の有効期間満了日		令和 年 月 日										

(備考)

- 1 「受付番号」「事業所(施設)所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 2 「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」「株式会社」等の別を記載してください。
- 3 「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載してください。
- 4 療養介護事業を申請される病院で法人格を持たない場合は、当様式にある「法人」を「事業者」と読み替えてください。
- 5 「サービスの種類」欄には、複数のサービスを実施している場合は、同一の事業所番号で更新を行うすべてのサービス種類を記載してください。