

第1号様式(第2条)

受付番号

障害者総合支援法に基づく業務管理体制の整備に関する事項の届出書  
(指定障害福祉サービス及び指定障害者支援施設)

平成 年 月 日

千葉県知事 様

申請者 名称  
(設置者) 代表者

印

このことについて、下記のとおり関係書類を添えて届け出ます。

事業者(法人)番号										
I 届出の内容		(1) 新規の届出								
		(2) 区分の変更								
II 事業者	フリガナ									
	名称又は氏名									
	住所(主たる事務所の所在地)		(郵便番号 — ) 県 市							
	連絡先		電話番号			FAX番号				
	法人の種別									
	代表者の職名・氏名・生年月日		職名	フリガナ		生年月日		昭和 年 月 日		
			氏名							
代表者の住所		(郵便番号 — ) 県 市								
III 障害者総合支援法上の、すべての指定障害福祉サービス事業所及び指定障害者支援施設の名称等	事業所名称(サービス名)		指定年月日		事業所番号		所在地			
			平成 年 月 1日							
			平成 年 月 1日							
			平成 年 月 1日							
			平成 年 月 1日							
			平成 年 月 1日							
			平成 年 月 1日							
指定サービス数の合計		ヶ所								
IV 障害者総合支援法施行規則に基づく届出事項	(1) 法令遵守責任者		フリガナ		生年月日		昭和 年 月 日			
			氏名							
	(2) 業務が法令に適合することを確保するための規程の概要									
(3) 業務執行の状況の監査の方法の概要										
V 区分変更	区分変更前行政機関名称、担当部(局)課									
	事業者(法人)番号									
	区分変更の理由									
	区分変更後行政機関名称、担当部(局)課									
	区分変更日		平成 年 月 日							

- (備考)
- 「受付番号」「事業者(法人番号)」欄には記載しないでください。
  - 「法人の種別」欄には、「社会福祉法人」「医療法人」「営利法人」等の別を記載してください。
  - I、IVの項目については、届け出る内容に該当するすべての番号に○をつけてください。
  - IIIについて、記入欄が不足する場合は、適宜欄を挿入して記載するか、別葉に記載した書類を添付してください。
  - Iにおいて(1)に○をした場合、Vの欄に記載は不要です。