様式第4号(第3条関係)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 |  |

東海村指定特定相談支援事業所及び指定障害児相談支援事業所指定更新申請書

年　　月　　日

　　東海村長　　　　　　　　　　様

申請者　　　所在地

(設置者)　　名称

代表者

　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特定相談支援事業所及び児童福祉法に規定する指定障害児相談支援事業所に係る指定を更新したいので，東海村指定特定相談支援事業者及び指定障害児相談支援事業者の指定等に関する規則第3条第1項の規定により下記のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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　　　　―　　　)  　　　　　　県　　　　　　郡・市 | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 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 | |  |
| 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　　　　―　　　)  　　　　　　県　　　　　　郡・市 | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 更新しようとする事業の種類 | フリガナ | |  | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | |
| 事業所の所在地 | | (郵便番号　　　　―　　　)  　　　　　県　　　　　　郡 | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 事業の種類 | | 実施事業 | 現に受けている指定の有効期間満了日 | | 様式 | | 事業所番号 | |
| 特定相談支援事業 | |  |  | | 1号の2 | |  | |
| 障害児相談支援事業 | |  |  | | 1号の2 | |  | |

備考

　1　「受付番号」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，「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。

　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　「実施事業」欄には，今回申請をする相談支援事業の種類に「○」を記載してください。

　5　「障害児相談支援事業」の指定を申請する場合は，「特定相談支援事業」の申請も併せて申請してください。