様式第4号（第4条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 指定障害福祉サービス事業者 | 変更届出書 |
| 指定障害者支援施設 |
| 指定一般相談支援事業者 |
| 指定特定相談支援事業者 |

年　　月　　日

　（あて先）松江市長

所在地

届出者　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

指定を受けた内容を変更したので、下記のとおり届け出ます。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | 事業所番号 |  |
| 指定内容を変更した事業所（施設） | | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| サービスの種類 |  |
| 変更があった事項 | | 変更の内容 | |
| 1 | 事業所（施設）の名称 | （変更前） | |
| 2 | 事業所（施設）の所在地（設置の場所） |  | |
| 3 | 事業者（設置者）の名称 |
| 4 | 主たる事務所の所在地 |
| 5 | 代表者の氏名及び住所 |
| 6 | ※定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等（当該指定に係る事業に関するものに限る。）  「※定款、寄附行為等」は就労継続支援Ａ型のみ |
| 7 | 建物の構造概要、平面図及び設備の概要 |
| 8 | 管理者の氏名、経歴及び住所 |
| 9 | サービス提供責任者の氏名、経歴及び住所 |
| 10 | サービス管理責任者の氏名、経歴及び住所 |
| 11 | 指定相談支援の提供に当たる者の氏名、経歴及び住所 |
| 12 | 主たる対象者 |
| 13 | 運営規程 |
| 14 | 事業所の種別（併設型・空床型の別） |
| 15 | 併設型における利用定員数又は空床型における当該施設の入所者の定員 | （変更後） | |
|  | |
| 16 | 協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約内容 |
| 17 | 提供する障害福祉サービスの種類（重度障害者等包括支援の場合に限る。） |
| 18 | 委託提供する障害福祉サービスの種類並びに委託先の事業所の名称及び所在地（重度障害者等包括支援の場合に限る。） |
| 19 | 障害者支援施設等との連携及び支援体制の概要 |
| 20 | 連携する公共職業安定所その他の関係機関の名称 |
| 21 | 事業の開始予定年月日 |
| 22 | 併設する施設がある場合の当該併設施設の概要 |
| 23 | 同一敷地内にある入所施設及び病院の概要 |
| 変更年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | |

備考　1　該当項目番号を○で囲んでください。

　　　2　変更内容がわかる書類を添付してください。

　　　3　変更の日から10日以内に届け出てください。