様式第3号（第3条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 特定障害福祉サービス事業者 | 変更指定申請書 |
| 指定障害者支援施設 |

年　月　日

　（あて先）松江市長

所在地

申請者　名称

代表者氏名

　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特定障害福祉サービス事業者（指定障害者支援施設）の指定の変更を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | 事業所（施設）所在地市町村番号 | | |  |
| 申請者（事業者・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 |  | | | 法人所轄庁 |  | |
| 連 絡 先 | 電話番号 |  | | ＦＡＸ番号 |  | |
| 代表者の職・氏名 | フリガナ |  | | フリガナ |  | |
| 職　名 |  | | 氏　名 |  | |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　　―　　　　　　） | | | | | |
|  | | | | | |
| 指定の変更を受けようとする  事業所(施設) | フリガナ |  | | | | | |
| 名　称 |  | | | | | |
| 所在地（設置の場所） | （郵便番号　　　　―　　　　　　） | | | | | |
|  | | | | | |
| 障害福祉サービス等の種類 |  | | | | | |
| 事業所番号 |  | | | | | |
| 変更する事項 | |  | | | | | |
| 変更の内容 | | （変更前） | | | | | |
| （変更後） | | | | | |
| 変更予定年月日 | | 年　　　　　月　　　　日 | | | | | |
| 特記事項 | |  | | | | | |

　添付書類　 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施行規則に規定する書類その他別に定める書類

　備考　1 「受付番号」欄及び「事業所（施設）所在地市町村番号」欄は、記載しないでください。

　　　　2 「法人である場合その種別」欄は、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、株式会社等の別を記載してください。

　　　　3 「法人所轄庁」欄は、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。