別記様式第１号（第２条関係）

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

指定障害児通所支援事業者指定申請書

年　　月　　日

（宛先）和歌山市長

申請者　　　所在地

　名称

　　代表者の職及び氏名

児童福祉法に規定する障害児通所支援に係る指定（指定の更新）を受けたいので、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 | | | |  | | | | | | |
| 代表者の生年月日 | 年　　月　　日生 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 代表者の住所 | (郵便番号　　　―　　　　　　　　)  　　　　　　　県　　　　　　　郡・市 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所の種類 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の所在地 | (郵便番号　　　―　　　　　　　　)  　　　　　　　県　　　　　　　市 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業等の種別 | | 指定申請する事業の開始予定年月日 | | | | | | | | | | 様式 | | | |
|  | |  | | | | | | | | | |  | | | |
| 同一所在地において行う事業等の種類 | | | 事業所番号 | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |  |  |
|  | | |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |  |  |
|  | | |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |  |  |
| 備考 |  | | | | | | | | | | | | | | |

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、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「一般社団法

人」「一般財団法人」「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　「同一所在地において行う事業等の種類」欄には、今回申請をするもの及び既に指定を受けているものについ

て事業の種類を記載し、該当する欄に「○」を記載してください。

　　５　「事業所番号」欄には、申請を行う都道府県等において既に事業所としての指定を受け、番号が付番されてい

る場合に、その事業所番号を記載してください。複数の番号を有する場合には、適宜様式を補正して、その全て

を記載してください。

別紙

他の法律において既に指定を受けている事業等について

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法律の名称 | 指定年月日 | 指定事業所番号 | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |