様式第11号の５（第９条の２、第10条の８関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受付番号 | |  |
| 障害児通所支援事業者  障害児入所施設 | 指定（指定更新）申請書 | |

年　　月　　日

（宛先）

滋賀県知事

申請者　主たる事務所の所在地

名　称

代表者の氏名

児童福祉法に規定する障害児通所支援事業者（障害児入所施設）として指定（指定の更新）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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | ふりがな | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | |  | | | ふりがな | | | |  | | | | | |
| 氏名 | | | |  | | | | | |
| 代表者の生年月日 | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 代表者の住所 | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定（指定の更新）を受けようとする  事業者の事業所（施設）の種類 | ふりがな | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業の種類 | | | | 事業の開始予定（開始）年月日 | | | | | | | | 利用定員 | | | | | |
|  | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | 人 | | | | | |
| 同一所在地において行う事業の種類 | | | | | | 事　　　業　　　所　　　番　　　号 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 備考 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |

注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の種類」欄には、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。

６　用紙の大きさは、日本工業規格Ａ列４番とします。