|  |
| --- |
|  |

滋障福第　　　号

20○○年　月　日

　　○○市長（××町長）様

滋賀県知事　三日月　大造

　指定障害児通所支援事業者の指定または更新における意見照会について次のとおり通知します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 障害福祉サービスの種類 |  | 多機能・共生型実施の有無 |  |
| 申請者 | フリガナ |  |
| 名称 | 　 |
| 主たる事務所の所在地 | （郵便番号　　　－　　　　） |
| 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　　　－　　　　） |
| 代表者の生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 指定（指定の更新）を受けようとする事業者の事業所情報 | ① | フリガナ |  |
| 名称 | 　 |
| 事業所の所在地 | （郵便番号　　　－　　　　） |
| ②注２ | フリガナ |  |
| 名称 | 　 |
| 事業所の所在地 | （郵便番号　　　－　　　　） |
| 指定(指定の更新)申請をする事業の開始(更新)予定年月日 |  | 利用者の推定数※注３ |  |
| 運営規程 | 事業の目的および運営の方針 |  |
| 従業者の職種、人数および職務の内容 |  |
| 営業日および営業時間 |  |
| 利用対象市町ごとの利用定員 |  |

注１　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ列４番とします。

　　２　申請事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するときに記載します。多機能型で同一の敷地内で実施する場合は不要です。なお、該当事業所が２箇所以上の場合は、行を追加してください。

３　「利用者の推定数」は、児童発達支援または放課後等デイサービスに限ります。

　　４　通知の日から14日以内に意見の申出をしてください。