様式第１６号の２

障害児通所支援事業者指定（変更・更新）申請書

年　　月　　日

（あて先）川口市長

申請者　所在地

名称

代表者氏名

　障害児通所支援事業者に係る指定（変更・更新）を受けたいので、児童福祉法の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 主たる事務所の所在地 | | （郵便番号　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 法人の種別 | |  | | | | 法人所轄庁 | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 申請者 | 電話番号 | |  | | | | ＦＡＸ番号 | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| メールアドレス | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 代表者 | | フリガナ |  | | | | | | 職名 | | | | | |  | | | | | | | |
|  | 氏名 |  | | | | | | 生年月日 | | | | | |  | | | | | | | |
|  | 住所 | （郵便番号　　　－　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定（変更・更新）を受けようとする事業所 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | （郵便番号　　　－　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 | | | | 指定申請する事業の開始予定年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同一所在地内において行う事業等の種類 | | | | | 事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 備考 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考　１　申請する事業所の事業等の種類に応じて、付表を添付してください。

２　「同一所在地内において行う事業等の種類」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。

３　「事業所番号」欄には、川口市において既に事業者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。