様式第46号(第31条関係)

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

指定障害児相談支援事業者指定(更新)申請書

　　　　年　　月　　日

(申請先)茨木市長

所在地

申請者　　名称

代表者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　児童福祉法 | 第24条の28第1項第24条の29第1項 | の規定により、指定障害児相談支援者事業者の指定(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 | (フリガナ) | 　 |
| 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 | 　 | (フリガナ) | 　 |
| 氏名 | 　 |
| 代表者の住所 | 　 | 生年月日 | 　 |
| 指定を受けようとする事業所の概要 | (フリガナ) | 　 |
| 名称 | 　 |
| 事業所の所在地 | 　 |
| 事業の種類 | 障害児相談支援事業 | 添付する様式 | 付表 |
| 指定申請をする事業の事業開始予定年月日 | 　 | 備考 | 　 |
| 既に特定相談支援事業の指定を受けている場合は記載してください。 |
| 事業所番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 指定年月日 | 　 |
| 既に地域相談支援事業(地域移行支援)の指定を受けている場合は記載してください。 |
| 事業所番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 指定年月日 | 　 |
| 既に地域相談支援事業(地域定着支援)の指定を受けている場合は記載してください。 |
| 事業所番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 指定年月日 | 　 |
| 介護保険法の居宅介護支援事業の指定を受けている場合は記載してください。 |
| 事業所番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 指定年月日 | 　 |
| 介護保険法の介護予防支援事業の指定を受けている場合は記載してください。 |
| 事業所番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 指定年月日 | 　 |

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、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「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　「特定相談支援事業」の申請も併せて申請してください。

　5　付表については、市長が別に定める様式書類を使用してください。