

指定障害児相談支援事業者指定(更新)申請書

年 月 日

(宛先)新潟市長

申請者 所在地
名称
代表者

印

下記のとおり指定障害児相談支援事業者の指定(指定の更新)を受けたいので、児童福祉法第24条の28第1項(同法第24条の29第4項において準用する場合を含む。)の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

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		
	法人の種別		法人所轄庁	
	連絡先	電話番号	FAX番号	
	代表者の氏名、職 及び生年月日	フリガナ 氏 名	職 名	生年月日
	代表者の住所	郵便番号		
指定を受けようとする事業の種類	フリガナ			
	名称			
	事業所の所在地	郵便番号		
	連絡先	電話番号	FAX番号	
	開始予定年月日	年 月 日		
現に受けている指定の有効期間満了日		年 月 日		
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 法人の種別欄には、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入してください。
- 2 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入してください。