

(様式第5号)

障害児通所・入所給付費算定に係る体制等に関する届出書

年 月 日

(宛先) 新潟市長

郵便番号
住所
届出者 法人の名称
代表者の氏名

印

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

届出者	フリガナ 名称	-----			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
	法人の種別			法人所轄庁	
	代表者の職・氏名	職名		氏名	
	代表者の住所	(郵便番号 ー) 県 郡市			
施設の状況	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
	管理者の氏名	職名		氏名	
	管理者の住所	(郵便番号 ー) 県 郡市			
通所・入所支援の種類		指定年月日	異動等の区分	異動年月日	異動項目 (※変更の場合)
			1 新規(更新) 2 変更 3 終了		
特記事項	変更前			変更後	
関係書類		別紙のとおり			

- 注1 「法人の種別欄」は、申請者が法人である場合に、「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。
- 注2 「法人所轄庁」欄は、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。
- 注3 「異動等の区分」欄は、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字に「○」を記入してください。
- 注4 「異動項目」欄は、別紙1の2「障害児施設給付費等の算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目を記載してください。
- 注5 「特記事項」欄は、異動の状況について具体的に記載してください。