様式第２号(第３条の３関係)

障害児通所支援事業者・障害児入所施設指定更新申請書

令和　　　年　　　月　　　日

　　大阪府知事　様

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者（法人） | 法人所在地法人名称代表者職・氏名　署名欄　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

　 　児童福祉法(第21条の５の16第４項において準用する同法第21条の５の15第１項・第24条の10第４項において準用する同法第24条の９第１項)

の規定により、(障害児通所支援事業者・障害児入所支援施設)に係る指定の更新を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

**１　申請者（法人）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 法人名称※変更の有無にかかわらず記入 | 変更の有無 | 変更あり□・変更なし□ |
| フリガナ |  |
| 　　名称 |  |
| 主たる事務所の所在地（法人）※変更の有無にかかわらず記入 | 変更の有無 | 変更あり□・変更なし□ |
| フリガナ |  |
| 　　住所 | 〒( 　　－　 　) |
| 申請者の連絡先**※変更がある場合****のみ記入** | 変更の有無 | 変更あり□・変更なし□ |
| 変更後の電話番号変更後のFAX番号 |
| 代表者の職・氏名・生年月日※変更の有無にかかわらず記入 | 変更の有無 | 変更あり□・変更なし□ |
| 　　職名 |  | 生年月日 |  |
| 　　氏名 |  | フリガナ |  |
| 代表者の住所※変更の有無にかかわらず記入 | 変更の有無 | 変更あり□・変更なし□ |
| フリガナ |  |
| 　　住所 | 〒( 　　－　 　) |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |

**２　指定の更新を受けようとする事業所(施設)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所(施設)の名称※変更の有無にかかわらず記入 | 変更の有無 | 変更あり□・変更なし□ |
| フリガナ |  |
| 　　名称 |  |
| 事業所(施設)の所在地※変更の有無にかかわらず記入 | 変更の有無 | 変更あり□・変更なし□ |
| フリガナ |  |
| 　　住所 | 〒( 　　－　 　) |
| 事業所(施設)の連絡先**※変更がある場合****のみ記入** | 変更の有無 | 変更あり□・変更なし□ |
| 変更後の電話番号 変更後のFAX番号 |
| 事業所番号 | **２** | **７** | **５** |  |  |  |  |  |  |  | (既に指定を受けている番号を記入) |
| 現に指定を受けている事業等の有効期間満了日 | **令和　　　　年　　 　月　　 　日** |
| 更新(事業開始)年月日　※有効期間満了日の翌日を記入 | **令和　　　　年　　　 月　　 　日** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 申請担当者氏名 | 　 |
| 連絡先 | 電話番号 | 　 |
| メールアドレス | 　 |