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 |  |