

受付番号

日付は申請受理時に
記入のため空欄

指定障害児相談支援事業者指定（更新）申請書

年 月 日

柏原市長 様

法人登記事項証明書に記載されている
内容と合わせてください。

申請者 所在地 大阪市中央区〇〇町〇丁目〇番〇号
(設置者) 名称 株式会社 〇〇〇〇〇〇
代表者 代表取締役 〇〇 〇〇

児童福祉法第24条の28（第24条の29）の規定により、指定障害児相談支援事業者の指定（更新）を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者 (設置者)	フリガナ	カシガイヤ〇〇〇〇〇〇			法人登記事項証明書に記載されている法人の名称、所在地、代表者の職名、氏名及び住所	
	名称	株式会社〇〇〇〇〇〇				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 540-〇〇〇〇) 大阪市中央区〇〇町〇丁目〇番〇号				
	法人である場合その種別	株式会社				
	連絡先	電話番号	06-0000-0000	FAX番号		06-0000-0000
	代表者の職・氏名	職名	代表取締役	フリガナ		〇〇 〇〇
			氏名	〇〇 〇〇		
	代表者の住所	(郵便番号 582-〇〇〇〇) 大阪府柏原市〇〇一丁目〇番〇号 〇〇マンション201号室				
指定を受けようとする事業所	フリガナ	〇〇ソサエティ				
	名称	〇〇相談支援センター				
	事業所の所在地	(郵便番号 582-〇〇〇〇) 大阪府柏原市〇〇一丁目2番3号				
	指定申請をする事業の事業開始予定年月日	令和4年 1月 1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

- 「受付番号」欄には記載しないでください。
- 「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。
- 「法人所轄庁」欄には、申請者が認可法人である場合は、その主務官庁の名称を記載してください。営利法人（株式会社、有限会社等）の場合は、記入不要です。
- 「障害児相談支援事業」の指定を申請する場合は、「特定相談支援事業」の申請も併せて申請すること。