

(様式第2号)

変更届出書

年 月 日

盛岡市長 殿

所在地
事業 者
名称
(代表者職・名)

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

	事業所番号(者)													
	事業所番号(児)													
指定内容を変更した事業所	名称													
	所在地													
変更があった事項		変更の内容												
1 事業所(施設)の名称		(変更前)						(変更後)						
2 事業所(施設)の所在地(設置の場所)														
3 申請者(設置者)の名称														
4 主たる事務所の所在地														
5 代表者の氏名及び住所														
6 定款・寄附行為等及びその登記簿の謄本又は条例等(当該指定に係る事業に関するものに限る。)														
7 事業所の平面図及び設備の概要														
8 事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴														
9 相談支援専門員の氏名、生年月日、住所及び経歴														
10 運営規程														
11 請求に関する事項														
12 役員の氏名、生年月日及び住所														
変更年月日														

- 備考1 該当項目番号に○を付してください。
2 変更内容がわかる書類を添付してください。
3 変更の日から10日以内に届け出てください。

受付番号	
------	--

事業所	名称							
	所在地	(郵便番号 －)						
		県			郡・市			
	連絡先	電話番号			FAX番号			
当該事業について定めてある定款・寄附行為等の条文					第 条 第 項 第 号			
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 －)			
	氏名							
	生年月日							
	当該事業所における相談支援専門員との兼務の有無				有 ・ 無			
	他の事業所又は施設の従業者との兼務(以下、有の場合記載)				有 ・ 無			
	事業所の名称				兼務する職種			
	事業の種類				勤務時間			
	従業員数 (人の職種別)			相談支援専門員		その他の者		
専 従				兼 務	専 従	兼 務		
常勤(人)								
非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)								
他の事業所又は施設の従業者との兼務(有の場合、別紙に記載)				有 ・ 無				
総合的 実的な 体制の 支援	事業の主たる対象とする障害の種類の定めの有無		有 ・ 無					
	主たる対象としていない者への対応体制							
	医療機関や行政との連携体制							
	計画的な研修又は当該事業所における事例の検討等を行う体制							
主な 揭示 事項	営業日							
	営業時間							
	主たる対象者		特 定 無 し ・ 身 体 障 害 者 ・ 知 的 障 害 者 ・ 精 神 障 害 者 ・ 障 害 児					
	その他の費用							
	通常の事業実施地域							
添付書類			別添のとおり(定款及び登記簿謄本又は条例等、事業所の平面図、運営規程、経歴書、入所者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等))					

(備考)

1. 特定相談支援事業と障害児相談支援事業の両方の指定を申請する場合についても、本様式1枚にまとめて提出してください。
2. 「受付番号」欄は、記載しないでください。
3. 「兼務」については、指定特定相談支援事業所、指定障害児相談支援事業所、指定一般相談支援事業所との兼務を除く。
4. 「総合的な相談支援の実施体制の具体的な方法」については、具体的な内容について記載する他、それぞれ根拠となる書類も提出してください。
また、「主たる対象としていない者への対応体制」については、「事業の主たる対象とする障害の種類の定めの有無」が有の場合に記載してください。
5. 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別途資料として添付して差し支えありません。
6. 記載欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。