

受付番号	
------	--

特定障害福祉サービス事業所  
指定障害者支援施設

指定申請書（変更）

平成 年 月 日

盛岡市長 様

申請者  
(設置者)

所在地  
名 称  
代表者

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する特定障害福祉サービス事業所（指定就労継続支援B型事業所・生活介護事業所）指定障害者支援施設に係る変更指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

		事業所（施設）所在地市町村番号					
申請者 (設置者)	フリガナ						
	名 称						
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 — )					
	法人である場合その種別		法人所轄庁				
	連絡先	電話番号		FAX番号			
	代表者の職・氏名	職 名		フリガナ 氏 名			
	代表者の住所	(郵便番号 — )					
変更 指定 を受け よう とする 事業所・ 施設の 種類	フリガナ						
	名 称						
	事業所（施設）の所在地	(郵便番号 — )					
	同一所在地において 行う事業等の種類	実施 事業	指定申請をする事業等の 事業開始予定年月日	様 式	実施 事業	他の法律において既に指定を受 けている事業等の指定年月日	備 考
	特定 障害 福祉 サー ビス 事業 所						
指定 障害 者支 援施 設							
事業所番号	同一の法律において既に指定を受けている場合						

備考1 「受付番号」及び「事業所（施設）所在地市町村番号」欄には記載しないでください。

2 「法人である場合その種別」欄には、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」等の別を記載してください。

3 「法人所轄庁」欄には、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。

4 「同一所在地において行う事業等の種類」欄には、今回申請をするもの及び既に指定を受けているものについて事業の種類を記載し、該当欄に○印を記載してください。

5 「事業所番号」欄には、申請を行う都道府県等において既に事業所としての指定を受け、番号が付番されている場合に、その事業所番号を記載してください。複数の番号を有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。

(A4)