

(様式1)

障害児通所給付費算定に係る体制等に関する届出書

年 月 日

盛岡市長 様

届出者 所在地  
法人名  
代表者名

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

届出者	名称										
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー ) 県 市									
	連絡先	電話番号					F A X 番号				
	法人の種別					法人所轄庁					
	代表者の職・氏名	職名					氏名				
	代表者の住所	(郵便番号 ー ) 県 市									
事業所の状況	事業所の所在地	(郵便番号 ー ) 岩手県盛岡市									
	事業所の名称										
	事業所番号										
	連絡先	電話番号					F A X 番号				
	管理者の氏名	職名					氏名				
	管理者の住所	(郵便番号 ー ) 県 市									
通所支援の種類		指定年月日		異動等の区分		異動年月日		異動項目 (※変更の場合)			
				1 新規 2 変更 3 終了							
特記事項	変更前					変更後					
関係書類		別紙のとおり									

- 注 1 この届出書は、変更届出書に添付すること。
- 注 2 「法人の種別」欄は、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」等の別を記入すること。
- 注 3 「法人所轄庁」欄は、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すること。
- 注 4 「異動等の区分」欄は、今回届出を行う事業所について該当する数字に「○」を記入すること。
- 注 5 「異動項目」欄は、（様式 1－2）「障害児通所給付費等の算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目を記載すること。
- 注 6 「特記事項」欄は、異動の状況について具体的に記載すること。