

受付番号	
------	--

指 定 申 請 書
 （指定特定相談支援事業者・指定障害児相談支援事業者）

令和 年 月 日

菊川市長 長谷川 寛彦 宛

所在地
 申請者 名 称
 代表者

⑩

指定特定相談支援事業者（指定障害児相談支援事業者）の指定を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ					
	名 称					
	主たる事務所の所在地		郵便番号			
	電話番号		FAX番号			
	法人の種別		所轄庁			
	代 表 者	フリガナ				
		氏 名				
職 名				生年月日		
	住 所	郵便番号				
指定事業所及び事業の種類とする	フリガナ					
	名 称					
	主たる事務所の所在地		郵便番号			
	事業の種類及び事業所番号		指定年月日 指定有効期間満了日		様式	備考
	<input type="checkbox"/> 特定相談支援事業				付表	
<input type="checkbox"/> 障害児相談支援事業				付表		
既に指定を受けている事業	既に指定を受けている事業の種類		事業所番号			指定年月日
	特定相談支援事業					
	障害児相談支援事業					
	一般相談支援事業（地域相談支援事業（地域移行支援））					
	一般相談支援事業（地域相談支援事業（地域定着支援））					
	介護保険法（居宅介護支援事業・介護予防支援事業）					

(注)

- 1 「受付番号」の欄は記入しないでください。
- 2 「法人の種別」及び「所轄庁」の欄は、申請者が法人の場合に記入してください。
- 3 「事業の種類」の欄は、該当する項目にレ印を記入してください。
- 4 「既に指定を受けている事業」の欄は、当該指定の項目の申請に係る事業所について既に当該事業（指定の更新を受けようとする事業を除く。）の指定を受けている場合に記入してください。
- 5 「指定障害児相談支援事業者」の指定の申請をするときは、「指定特定相談支援事業者」の指定の申請も併せて申請してください（既に指定を受けている場合を除く。）。