

受付番号	
------	--

指定更新申請書  
 （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

印

指定特定相談支援事業者（指定障害児相談支援事業者）の指定の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	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			
指定の更新を受けようとする事業の種類	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)

- 「受付番号」の欄は記入しないでください。
- 「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。
- 「事業の種類及び事業所番号」の欄は、該当する項目にレ印を記入してください。
- 「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。