

給付費算定に係る体制等に関する届出書

令和 年 月 日

菊川市長 長谷川 寛彦 様

届出者 所在地
名称
代表者職氏名

印

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	法人名称						
	主たる事務所の所在地		(郵便番号)				
	連絡先	電話番号		FAX番号			
	法人種別			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)					
届出者	事業所名称						
	主たる事業所・施設の所在地		(郵便番号)				
	事業所番号		サービスの種類		指定特定相談支援 指定障害児相談支援		
	事業所連絡先	電話番号		FAX番号			
	管理者の氏名	職名	管理者	氏名			
	管理者の住所	(郵便番号)					
事業等の種類		実施事業	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)	
相談支援	特定相談支援			1 新規 2 変更 3 終了			
	障害児相談支援			1 新規 2 変更 3 終了			
特記事項	変更前			変更前			
関係書類		別紙のとおり					