

別記第1号様式(第2条関係)

受付番号

指定居宅支援事業者

指定申請書

指定知的障害者更生施設等

平成 年 月 日

熊本県知事

様

所在地

申請者

名称

(設置者)

代表者の氏名

印

知的障害者福祉法の規定による事業者(施設)に係る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。

事業所所在地市町村番号

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 ー ) 都 道 郡 市 府 県 区					
	申請者連絡先	電話番号	法人所轄庁		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 ー ) 都 道 郡 市 府 県 区						
指定を受けようとする事業所・施設の種類の種類	フリガナ						
	名称						
	事業所等の所在地	(郵便番号 ー ) 県 郡 市					
	事業所連絡先	代表電話番号					
指定居宅支援 指定施設支援	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等を受けている事業等の指定年月日	備考
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
- 「受付番号」欄及び「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。
  - 「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」等の別を記入してください。
  - 「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。
  - 「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等を受けているものを含めて記載し、今回申請をするものについては左側の「実施事業」欄に、既に指定等を受けているものについては右側の「実施事業」欄に「○」を記入してください。なお、社会福祉の増進のための社会福祉事業法等の一部を改正する等の法律附則第17条の規定に基づき指定があったものとみなされる施設に係る事業については、右側の「実施事業」欄に「みなし」と記載してください。
  - 「指定申請をする事業等」欄には、該当する欄に事業等の開始予定年月日を記載してください。
  - 申請する事業の種類に応じて付表を添付ください。
  - 「事業所番号」欄には、熊本県において既に知的障害者福祉法に基づく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、そのすべてを記載してください。

