|  |
| --- |
|  |

文書番号

令和〇年○○月○○日

　　（宛先）○〇市町村長　〇〇　○○

（届出者）○○県知事　○○　○○

　指定障害福祉サービス事業者の指定または更新における意見照会について次のとおり通知します。

意見がある場合は、通知の日から〇日以内に「意見申出書」により意見の申出をしてください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 障害福祉サービスの種類 |  | 多機能・共生型実施の有無 |  |
| 申請者 | フリガナ |  |
| 名称 | 　 |
| 主たる事務所の所在地 | （郵便番号　　　－　　　　） |
| 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　　　－　　　　） |
| 代表者の生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 指定（指定の更新）を受けようとする事業者の事業所情報 | 主たる | フリガナ |  |
| 名称 | 　 |
| 事業所（施設）の所在地 | （郵便番号　　　－　　　　） |
| 従たる注１ | フリガナ |  |
| 名称 | 　 |
| 事業所（施設）の所在地 | （郵便番号　　　－　　　　） |
| 指定(指定の更新)申請をする事業の開始(更新)予定年月日 |  | 利用者の推定数注２ |  |
| 運営規程 | 事業の目的および運営の方針 |  |
| 従業者の職種、人数および職務の内容 |  |
| 営業日および営業時間 |  |
| 利用対象市町ごとの利用定員 |  |

注１　申請事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するときに記載します（指定一般相談支援事業に関しては不要です。）。なお、従たる事業所が２箇所以上の場合は行を追加してください。

２　「利用者の推定数」は、療養介護、生活介護、短期入所（併設事業所において行うものに限ります。）、自立訓練（機能訓練）、自立訓練（生活訓練）、就労移行支援、就労継続支援Ａ型、就労継続支援Ｂ型、就労定着支援、自立生活援助または共同生活援助に限ります。