別記第３号様式（第４条関係）

指定障害福祉サービス事業者等指定更新申請書

年　　月　　日

　 函館市長　様

主たる事務所の所在地

申請者　名称

代表者の氏名

　　指定障害福祉サービス事業者（指定障害者支援施設，指定一般相談支援事業者）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 | ふりがな | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | | | | | | | (郵便番号　　　─　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | | | | | 電話 | | | |  | | | | | | ファクシミリ | | | | |  | |
| 法人の種別 | | | | | | |  | | | | | | | | | | 法人所轄庁 | | | | |  | |
| 代表者 | ふりがな | | | | | |  | | | | | | | | 生年月日 | | | | |  | | 職名 |  |
| 氏名 | | | | | |  | | | | | | | |
| 住所 | | | | | | (郵便番号　　　─　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定の更新を受けようとする事業所（施設）の種類 | ふりがな | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | (郵便番号　　　─　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業等の種類 | | | | | | | | | 指定の更新を受けようとする事業等 | | | | | | | | | | 添付書類 | | 既に受けている指定の有効期間満了日 | | |
| 指定  障害  福祉サービス事業  所 | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | 付表 | |  | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | 付表 | |  | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | 付表 | |  | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | 付表 | |  | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | 付表 | |  | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | 付表 | |  | | |
| 指定障害者支援施設 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | 付表７  付表７－２  付表７－３ | |  | | |
| 指定一般相談支援事業所  （地域移行支援） | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | 付表１３  付表１３－２ | |  | | |
| 指定一般相談支援事業所  （地域定着支援） | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | 付表１３  付表１３－２ | |  | | |
| 事業所番号 | | | |  |  |  |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | | | | | |

　注 １ 法人の種別欄は，「社会福祉法人」，「医療法人」，「一般社団法人」，「一般財団法人｣,

「株式会社」等の別を記入してください。

　　　２ 法人所轄庁欄は，申請者が認可等を受けた法人である場合は，その主務官庁の名称を記入

してください。

　　　３　指定障害福祉サービス事業所欄は，指定の更新を受けようとするものについて，事業の種類を記載してください。

　　　４　指定の更新を受けようとする事業等欄は，指定の更新を受けようとするものについて○印を記入してください。

５ 添付書類欄は，次の各号に掲げる指定の更新を受けようとする事業所の区分に応じ，当該各号に定める付表の番号を記入してください。

(1) 居宅介護事業所，重度訪問介護事業所，同行援護事業所および行動援護事業所 １および１－２

(2) 療養介護事業所 ２

(3) 生活介護事業所 ３および３－２

(4) 短期入所事業所 ４

(5) 重度障害者等包括支援事業所 ５

(6) 共同生活援助事業所 ６

(7) 自立訓練（機能訓練）事業所 ８および８－２

(8) 自立訓練（生活訓練）事業所 ９および９－２

(9) 就労移行支援事業所 １０および１０－２

(10) 就労継続支援事業所 １１および１１－２

(11) 多機能型事業所 １２

(12) 就労定着支援事業所 １４

(13) 自立生活援助事業所 １５

(14) 就労選択支援事業所　１７

６　事業所番号欄は，指定障害福祉サービス事業者等の指定を受けている場合に記入してくだ

さい。複数の指定を受けている場合には，適宜様式を補正して，全ての事業所番号を記入し

てください。

　　　７　現に指定を受けている事業所等について，申請し，または届け出た事項に変更がないとき

は，当該事項に係る申請書の記載または書類の提出を省略することができます。