

(様式第1号)

☐ 指定障害福祉サービス事業者
☐ 指定障害者支援施設 指定(更新)申請書
☐ 指定相談支援事業者
兼 障害福祉サービス事業等開始等届出書

(あて先)
仙 台 市 長

年 月 日

申請者
(設置者) 所在地
名 称
代表者

指定障害福祉サービス事業者・指定障害者支援施設・指定相談支援事業者 の指定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。併せて、障害福祉サービス事業等の開始等について、届け出ます。

申 請 者 (設 置 者) (※)	フリガナ												
	名 称												
	主たる事務所の所在地	(〒 -)											
	法人の種類別						法人所轄庁						
	連絡先	電話番号						FAX番号					
		H P						E-mail					
		E-mail(※)											
代表者の職・氏名	職 名						フリガナ						
							氏 名						
代表者の住所	(〒 -)												

指 定 を 受 け よ う と す る 事 業 所 ・ 施 設 の 種 類	フリガナ										
	名 称										
	事業所(施設)の所在地	(〒 -) 仙 台 市 区									
	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	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					
	指定障害福祉サービス事業所	-	-	指定障害者支援施設	-	-					
	居宅介護			施設入所支援							
	重度訪問介護			生活介護							
	同行援護			自立訓練(機能訓練)							
	行動援護			自立訓練(生活訓練)							
	療養介護			就労移行支援							
	生活介護			就労継続支援A							
	短期入所			就労継続支援B							
	重度障害者等包括支援			指定相談支援事業所	-	-					
	自立訓練(機能訓練)			特定相談支援							
	自立訓練(生活訓練)			一般相談支援(地域移行支援)							
	就労選択支援			一般相談支援(地域定着支援)							
	就労移行支援			障害児相談支援事業							
	就労継続支援A										
	就労継続支援B										
	就労定着支援										
	自立生活援助										
	共同生活援助										
	介護保険法上の指定介護事業所の指定の有無 (有・無)										

事 業 所 番 号	既に指定を受けている場合										共生型障害福祉サービス事業者の特例を用いる場合									

- (注)
- あてはまる表題の左側の口にレ印を付けてください。
 - 「法人の種類」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」等の別を記載してください。
 - 「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を受けているものについて、該当する欄に「○」を記載し、事業開始(予定)年月日を記載してください。
 - 「事業所番号」欄には、仙台市内において既に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は、別紙にその全てを記載してください。
 - 法第41条の2の共生型障害福祉サービス事業者の特例により申請を行う場合、介護保険法又は児童福祉法において指定を受けているサービスと、当該指定事業所の事業所番号を記載してください。
 - 情報公表制度連絡用のE-mailとして法人E-mailと異なるアドレスを登録したい場合は、E-mail(※)に記入してください。なお、登録できる情報公表制度連絡用のE-mailアドレスは、事業者(法人)ごとに一つとなります。既に登録している事業者(法人)は記入不要です。
 - 指定管理事業所(施設)の場合は、申請者(設置者)(※)に指定管理者(運営法人)の内容を記入してください。

[illegible]