

(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 所在地  
(設置者) 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			介護保険法上の指定介護事業所の指定の有無 (有・無)		
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						
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□に印を付けてください。
- 「法人の種別」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。

