

受付番号	
------	--

指定特定相談支援事業所指定申請書

平成 年 月 日

藤 枝 市 長

申請者 所在地
 (設置者) 名 称
 代表者 Ⓡ

障害者自立支援法に規定する指定特定相談支援事業所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。

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 -)							
	法人である場合その種別				法人所轄庁					
	連絡先	電話番号			FAX番号					
	代表者の職・氏名・生年月日		職名	フリガナ氏名		生年月日		年 月 日		
	代表者の住所		(郵便番号 -)							
指定を受けようとする事業	フリガナ									
	名 称									
	事業所の所在地		(郵便番号 -)							
	事業の種類		指定申請をする事業の事業開始予定年月日		様式	備 考				
	特定相談支援事業				付表					
既に特定相談支援事業の指定を受けている場合は記載してください。										
事業所番号										指定年月日
既に地域相談支援事業(地域移行支援)の指定を受けている場合は記載してください。										
事業所番号										指定年月日
既に地域相談支援事業(地域定着支援)の指定を受けている場合は記載してください。										
事業所番号										指定年月日
介護保険法の居宅介護支援事業の指定を受けている場合は記載してください。										
事業所番号										指定年月日
介護保険法の介護予防支援事業の指定を受けている場合は記載してください。										
事業所番号										指定年月日

備考

- 「受付番号」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、「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。