（表）

様式第１号（第３条関係）

指定障害福祉サービス事業者・指定障害者支援施設　指定申請書

年　　月　　日

松原市長　殿

主たる事務所の所在地

申請者　名　称

代表者の職・氏名

第36条第1項

第38条第1項

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律　　　　　　　　　　の規定により、

指定障害福祉サービス事業者

指定障害者支援施設

　　　　　　　　　　　　　　　の指定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者（設置者） | フリガナ | | |  | | | | | | | | |
| 名称又は氏名 | | |  | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地又は住所 | | | 郵便番号（　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 申請者の連絡先 | | | 電話番号 |  | | | ＦＡＸ番号 | |  | | |
| 法人の種別 | | |  | | | | 法人の所轄庁 | |  | | |
| 代表者の職・  氏名・生年月日 | | | 職　名 |  | | | フリガナ | |  | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日生 | | | 氏　　名 | |  | | |
| 代表者の住所 | | | 郵便番号（　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | ＦＡＸ番号 | |  | | |
| 指定を受けようとする事業所・施設の種類 | 事業所(施設)の  名　称 | | | フリガナ | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 事業所(施設)の  所在地 | | | 郵便番号（　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 指定申請をする事業 | | | | | | | | 既に指定等を受けている事業 | | | 備考 |
| 事業の種類 | | | | | | 事業開始予定年月日 | |  | | 事業所番号及び年月日 |
| 居宅介護 | | | | |  | 年　　月　　日 | |  | | 別紙のとおり |  |
| 重度訪問介護 | | | | |  | 年　　月　　日 | |  | | 別紙のとおり |  |
| 同行援護 | | | | |  | 年　　月　　日 | |  | | 別紙のとおり |  |
| 行動援護 | | | | |  | 年　　月　　日 | |  | | 別紙のとおり |  |
| 療養介護 | | | | |  | 年　　月　　日 | |  | | 別紙のとおり |  |
| 生活介護 | | | | |  | 年　　月　　日 | |  | | 別紙のとおり |  |
| 短期入所 | | | | |  | 年　　月　　日 | |  | | 別紙のとおり |  |
| 重度障害者等包括支援 | | | | |  | 年　　月　　日 | |  | | 別紙のとおり |  |
| 共同  生活  援助 | | 介護サービス包括型 | | |  | 年　　月　　日 | |  | | 別紙のとおり |  |
| 日中サービス支援型 | | |  | 年　　月　　日 | |  | | 別紙のとおり |  |
| 外部サービス利用型 | | |  | 年　　月　　日 | |  | | 別紙のとおり |  |
| 経過的居宅介護利用型 | | |  | 年　　月　　日 | |  | | 別紙のとおり |  |
| 障害者支援施設 | | | | |  | 年　　月　　日 | |  | | 別紙のとおり |  |
| 自立  訓練 | 機能訓練 | | | |  | 年　　月　　日 | |  | | 別紙のとおり |  |
| 宿泊型生活訓練 | | | |  | 年　　月　　日 | |  | | 別紙のとおり |  |
| 生活訓練 | | | |  | 年　　月　　日 | |  | | 別紙のとおり |  |
| 就労移  行支援 | 一般型 | | | |  | 年　　月　　日 | |  | | 別紙のとおり |  |
| 養成施設 | | | |  | 年　　月　　日 | |  | | 別紙のとおり |  |
| 就労継  続支援 | Ａ型（雇用型） | | | |  | 年　　月　　日 | |  | | 別紙のとおり |  |
| Ｂ型（非雇用型） | | | |  | 年　　月　　日 | |  | | 別紙のとおり |  |
| 就労定着支援 | | | | |  | 年　　月　　日 | |  | | 別紙のとおり |  |
| 自立生活援助 | | | | |  | 年　　月　　日 | |  | | 別紙のとおり |  |
| 多機能型 | | | | |  | 年　　月　　日 | |  | | 別紙のとおり |  |

(裏)

|  |
| --- |
| 備考 １「法人の種別」の欄には、「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」の欄には、申請者が行政庁（大臣、都道府県知事、市町村長等）の許認可等を受けて設立された法人である場合に、その  行政庁の名称を記入してください。  ３共同生活援助の申請を行う場合は、「事業所（施設）の名称」「事業所（施設）の所在地」とあるのは、「主たる事業所の名称」「主  たる事業所の所在地」とそれぞれ読み替えてください。  ４「指定申請をする事業」の欄は、以下の要領で記入してください。 (1)今回申請をするものについて、該当する欄に「○」を記入してください。 (2)多機能型の場合は、上記(1)に加えて「多機能型」に「◎」を記入してください。 (3)従たる事業所を設置する場合は、主たる事業所及び従たる事業所のそれぞれにおいて実施する事業に「○」を記入し、「備考」欄に  「主」又は「従」の別を記入してください。  ５「既に指定を受けている事業等」の欄には、同一所在地において既に事業所としての指定を受け、事業者番号が付されている場合に、該当する欄に「○」を記入し、その事業所番号等を別紙に記入してください。複数の番号を有する場合には、そのすべてを記入してください。 |

(　別　紙　)

**同一所在地において既に指定を受けている事業等について**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法律の名称 | 事　　　業　　　名 | 指定年月日 | 事業所番号（10けた又は14けた） | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | 年　　月　　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 年　　月　　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 年　　月　　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 年　　月　　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 年　　月　　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 年　　月　　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 年　　月　　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 年　　月　　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 年　　月　　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 年　　月　　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 年　　月　　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 年　　月　　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 年　　月　　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 年　　月　　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 年　　月　　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |