# 第32号様式の２（第18条の２関係）

障害児通所支援事業所　指定申請書

年 月 日

（あて先）八戸市長

所在地

申請者　名　称

代表者

児童福祉法に規定する障害児通所支援事業所に係る指定を受けたいので、下記のとおり、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 ― ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 県 郡 ・市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連　絡　先 | | | 電話番号 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | FAX番号 | |  | | | | | | | | | | |
| E-mailアドレス | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 代表者の職・氏名 | | | 職名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | フリガナ | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | 氏 名 | | | | | | | | | | | | | | |
| 代表者の住所 | | | （郵便番号 ― ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 県 郡 ・市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所等の種類 | フリガナ  名　　称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等の  所在地 | | | （郵便番号 ― ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 県 郡 ・市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等の  連絡先 | | | 電話番号 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | FAX番号 | |  | | | | | | | | | | |
| E-mailアドレス | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事　業　等　の　種　類 | | | | | | | | 指定申請をする事業等の  事業開始予定年月日 | | | | | | | | | | | | 様式 | | 備　　考 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | |
| 同一所在地内において行う事業等の種類及び事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 0 | 2 | |  |  | |  | |  | | |  |  | | |  |  |  |  | | | | | 0 | | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | 0 | 2 | |  |  | |  | |  | | |  |  | | |  |  |  |  | | | | | 0 | | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | 0 | 2 | |  |  | |  | |  | | |  |  | | |  |  |  |  | | | | | 0 | | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | 0 | 2 | |  |  | |  | |  | | |  |  | | |  |  |  |  | | | | | 0 | | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（備考）

１　障害福祉サービス事業所等公表制度においてE-mailアドレスが必要となります。記載してください。

２　「事業等の種類」欄には、今回申請する事業の種類を記載してください。

３　「同一所在地内において行う事業等の種類及び事業所番号」欄には、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、その事業等の種類及び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には、適宜様式を補正して、そのすべてを記載してください。