第32号様式の４（第18条の３関係）

指定障害児通所支援事業所　指定内容変更届出書

年 月 日

# （あて先）八戸市長

住　所（所在地）

事　業　者

氏　名（名称及び代表者氏名）

次のとおり指定を受けた内容に変更があったので、届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 事業所番号 | 0 | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定内容を変更した事業所 | 名称 |
| 所在地 |
| E-mailアドレス |
| 事　業　等　の　種　類 |  |
| 変　更　が　あ　っ　た　事　項 | 変　更　の　内　容 |
| 1 | 事業所の名称 | （変更前） |
| 2 | 事業所の所在地（及び電話番号・FAX番号 ） |
| 3 | 事業者（設置者）の名称 |
| 4 | 事業者（設置者）の主たる事務所の所在地（及び電話番号・FAX番号 ） |
| 5 | 事業者（設置者）の代表者氏名、生年月日、住所又は職名 |
| 6 | 定款等若しくはその登記事項証明書又は条例等（当該指定に係る事業に関するものに限る。） |
| 7 | 事業所の平面図又は設備の概要 |
| 8 | 事業所の管理者の氏名、生年月日、住所又は経歴 |
| 9 | 事業所の児童発達支援管理責任者の氏名、生年月日、住所又は経歴 |
| 10 | 主たる対象者 |
| 11 | 運営規程 |
| 12 | 障害児通所給付費の算定に係る体制等状況一覧表 | （変更後） |
| 13 | 協力医療機関の名称若しくは診療科名又は当該協力医療機関との契約の内容 |
|  |
| 変更年月日（通所給付費等の算定に係る体制等の変更の場合は、適用年月日） | 年 月 日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （備考） |  |  |
| １　該当項目番号に○を付してください。２　変更の内容が確認できる書類を添付してください。なお、当該変更が利用児の定員の増加に伴うものである場合は、従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類を併せて添付してください。３　変更後、10日以内に届け出てください。 |  | 届出に関して確認を要する場合の連絡先（必ず記入してください。） |
| この届出に関する担当者及び連絡先　担当者名：　連絡先　TEL： FAX： |