

指定障害福祉サービス事業者  
 指定障害者支援施設 指定(更新)申請書  
 指定一般相談支援事業者

年 月 日

(宛先)新潟市長

所在地  
 申請者 名称  
 代表者

下記のとおり指定障害福祉サービス事業者・指定障害者支援施設・指定一般相談支援事業者の指定(指定の更新)を受けたいので、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第36条第1項(同法第41条第4項において準用する場合を含む。)  
 ・第38条第1項(同法第41条第4項において準用する場合を含む。)  
 ・第51条の19第1項(同法第51条の21第2項において準用する場合を含む。)の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

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					
	法人の種別				法人所轄庁			
	連絡先		電話番号		FAX番号			
	代表者の氏名、職名及び生年月日		フリガナ 氏名		職名 生年月日			
	代表者の住所		郵便番号					
指定(更新)を受けようとする事業等の種類	フリガナ							
	名称							
	事業所・施設の所在地		郵便番号					
	同一所在地において行う事業等の種類		実施事業	指定(更新)申請に係る事業等の開始の予定年月日	様式	実施事業	他の法律において既に指定を受けている事業等の指定年月日	備考
	事業者	指定障害福祉サービス						
	指定障害者支援施設							
指定一般相談支援事業者(地域移行支援)				付表14				
指定一般相談支援事業者(地域定着支援)				付表14				
事業所番号		同一の法律において既に指定を受けている場合						

備考

- 1 法人の種別欄には、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。
- 2 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。
- 3 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事業等の種類を記載してください。
- 4 事業所番号欄には、申請を行う都道府県等において既に事業所としての指定を受け、番号が付けられている場合に、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には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。

記入例

(宛先)新潟市長

指定障害福祉サービス事業者  
指定障害者支援施設  
指定一般相談支援事業者 指定(更新)申請書

〇〇〇〇年 〇月 〇〇日

所在地 新潟市〇〇区△△町×-×  
申請者 名称 社会福祉法人〇〇福祉会  
代表者 理事長 新潟 太郎

下記のとおり指定障害福祉サービス事業者・指定障害者支援施設・指定一般相談支援事業者の指定(指定の更新)を受けたいので、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第36条第1項(同法第41条第4項において準用する場合を含む。)-第38条第1項(同法第41条第4項において準用する場合を含む。)-第51条の19第1項(同法第51条の21第2項において準用する場合を含む。)の規定により、関係書類を添えて申請します。

登記事項証明書の内容と一致させること

記

指定を受ける事業に応じて、該当するものを選択し、該当しないものに  
抹消線を引くこと

申請者 (設置者)	フリガナ	シャカイフクシホウジン〇〇フクシカイ					
	名称	社会福祉法人〇〇福祉会					
	主たる事務所の所在地	郵便番号 950-〇〇〇〇 新潟市〇〇区△△町×-×					
	法人の種別	社会福祉法人	法人所轄庁	新潟市			
	連絡先	電話番号	025-226-〇〇〇〇	FAX番号	025-226-〇〇〇〇		
	代表者の氏名、職名及び生年月日	フリガナ	ニイガタ タロウ	職名	理事長		
	氏名	新潟 太郎	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日			
	代表者の住所	郵便番号 950-〇〇〇〇 新潟市〇〇区△△通△-□					
指定(更新)を受けようとする事業等の種類	フリガナ	〇〇フクシエン					
	名称	〇〇福祉園					
	事業所・施設の所在地	郵便番号 950-〇〇〇〇 新潟市〇〇区△△町×-×					
	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定(更新)申請に係る事業等の開始の予定年月日	様式	実施事業	他の法律において既に指定を受けている事業等の指定年月日	備考
	指定障害福祉サービス	生活介護	○	〇〇〇〇年〇月〇日	付表3		
		就労継続支援B型	○	〇〇〇〇年〇月〇日	付表12		
	指定障害者支援施設						
	指定一般相談支援事業者(地域移行支援)			付表14			
	指定一般相談支援事業者(地域定着支援)			付表14			
事業所番号	同一の法律において既に指定を受けている場合						

備考

- 1 法人の種別欄には、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。
- 2 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。
- 3 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事業等の種類を記載してください。
- 4 事業所番号欄には、申請を行う都道府県等において既に事業所としての指定を受け、番号が付けられている場合に、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には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。

記入例

(宛先)新潟市長

指定障害福祉サービス事業者  
指定障害者支援施設  
指定一般相談支援事業者 指定(更新)申請書

〇〇〇〇年 〇月 〇〇日

所在地 新潟市〇〇区△△町×-×  
名称 社会福祉法人〇〇福祉会  
代表者 理事長 新潟 太郎

下記のとおり指定障害福祉サービス事業者・指定障害者支援施設・指定一般相談支援事業者の指定(指定の更新)を受けたいので、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第36条第1項(同法第41条第4項において準用する場合を含む。)-第38条第1項(同法第41条第4項において準用する場合を含む。)-第51条の19第1項(同法第51条の21第2項において準用する場合を含む。)の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

指定を受ける事業に応じて、該当するものを選択し、該当しないものに  
抹消線を引くこと

申請者 (設置者)	フリガナ	シャカイフクシホウジン〇〇フクシカイ					
	名称	社会福祉法人〇〇福祉会					
	主たる事務所の所在地	郵便番号 950-〇〇〇〇 新潟市〇〇区△△町×-×					
	法人の種別	社会福祉法人	法人所轄庁	新潟市			
	連絡先	電話番号	025-226-〇〇〇〇	FAX番号	025-226-〇〇〇〇		
	代表者の氏名、職名及び生年月日	フリガナ	ニイガタ タロウ	職名	理事長		
	氏名	新潟 太郎	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日			
	代表者の住所	郵便番号 950-〇〇〇〇 新潟市〇〇区△△通△-□					
指定(更新)を受けようとする事業等の種類	フリガナ	〇〇フクシエン					運営規程で定める事業所の名称と一致させること
	名称	〇〇福祉園					
	事業所・施設の所在地	郵便番号 950-〇〇〇〇 新潟市〇〇区△△町×-×					
	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定(更新)申請に係る事業等の開始の予定年月日	様式	実施事業	他の法律において既に指定を受けている事業等の指定年月日	備考
	指定障害福祉サービス	生活介護	○	〇〇〇〇年〇月〇日	付表3		〇〇 〇〇 年 〇月 〇日
		就労継続支援B型	○	〇〇〇〇年〇月〇日	付表12		
	指定障害者支援施設					更新申請をする事業の指定の有効期間満了日を記入	
	指定一般相談支援事業者(地域移行支援)			付表14			
	指定一般相談支援事業者(地域定着支援)			付表14			
事業所番号	同一の法律において既に指定を受けている場合						

備考

- 1 法人の種別欄には、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。
- 2 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。
- 3 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事業等の種類を記載してください。
- 4 事業所番号欄には、申請を行う都道府県等において既に事業所としての指定を受け、番号が付けられている場合に、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には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。