

別記様式第2号（第7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 指定変更申請書

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の指定の変更を受けたいので、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37条第1項・第39条第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

事業所番号

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									
	連絡先	電話番号				FAX番号					
	法人の種類別					法人所轄庁					
	代表者の職名及び氏名	職名		フリガナ		氏名					
	代表者の住所	郵便番号									
指定の変更を受けようとする 事業所(施設)の概要	フリガナ										
	事業所(施設)名称										
	事業所の所在地 (施設の設置の場所)	郵便番号									
	事業所(施設)連絡先	電話番号									
	事業(施設障害福祉サービス)の種類	指定変更申請をする事業					既に指定を受けている事業				
		実施事業	利用定員 (入所定員)		変更予定 年月日		実施事業	利用定員 (入所定員)		指定 年月日	

別記様式第2号（第7条関係）

記入例

指定障害福祉サービス事業者
~~指定障害者支援施設~~ 指定変更申請書

〇〇〇〇年〇月〇〇日

(宛先) 新潟市長

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~~の指定の変更を受けたいので、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37条第1項・~~第39条第1項~~の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

事業所番号 1 5 1 0 1 0 〇 〇 〇 〇

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×-×					
	連絡先	電話番号	025-226-〇〇〇〇	FAX番号	025-226-〇〇〇〇		
	法人の種類	社会福祉法人		法人所轄庁	新潟市		
	代表者の職名及び氏名	職名	理事長	フリガナ	ニイガタ タロウ		
				氏名	新潟 太郎		
代表者の住所	郵便番号950-〇〇〇〇 新潟市〇〇区△△通△-□						
指定の変更を受けようとする 事業所(施設)の概要	フリガナ	〇〇フクシエン					
	事業所(施設)名称	〇〇福祉園					
	事業所の所在地 (施設の設置の場所)	郵便番号950-〇〇〇〇 新潟市〇〇区△△町×-×					
	事業所(施設)連絡先	電話番号	025-226-〇〇〇〇				
	事業(施設障害福祉サービス)の種類	指定変更申請をする事業			既に指定を受けている事業		
		実施事業	利用定員 (入所定員)	変更予定 年月日	実施事業	利用定員 (入所定員)	指定年月日
		生活介護	〇	10	H30.7.1	〇	6
	就労継続支援B型			〇	14	H26.4.1	