様式第２号（第３条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　指定障害福祉サービス事業等変更届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　福井県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者　名　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　指定を受けた内容を変更したので、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46条第１項

　第46条第３項　　　　　　の規定により、次のとおり届け出ます。

　第51条の25第１項

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 事業所番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定内容を変更した事業所（施設） | | 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 変更があった事項 | | | 変更の内容 | | | | | | | | | | | | | | |
| １ | 事業所（施設）の名称 | | （変更前） | | | | | | | | | | | | | | |
| ２ | 事業所（施設）の所在地（設置の場所） | |
| ３ | 申請者（設置者）の名称 | |
| ４ | 主たる事務所の所在地 | |
| ５ | 代表者の氏名、生年月日、住所および職名 | |
| ６ | 定款･寄付行為等およびその登記事項証明書または条  例等（当該指定に係る事業に関するものに限る。） | |
| ７ | 事業所（施設）の平面図（各室の用途）および設備の  概要 | |
| ８ | 事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日、住所およ  び経歴 | |
| ９ | 事業所のサービス提供責任者の氏名、生年月日、住所  および経歴 | |
| 10 | 事業所のサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所  および経歴 | |
| 11 | 指定地域相談支援の提供に当たる者の氏名、生年月  日、住所および経歴 | |
| 12 | 主たる対象者 | |
| 13 | 運営規程 | | （変更後） | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | 短期入所事業における事業所の種別  （併設型・空床型・単独型の別） | |
| 15 | 併設型における利用者員数または空床型における当  該施設の入所者の定員 | |
| 16 | 協力医療機関の名称および診療科名ならびに当該協  力医療機関との契約内容 | |
| 17 | 共同生活援助事業等における関係機関との連携体制  および支援体制の概要 | |
| 18 | 就労移行支援事業において連携する公共職業安定所  その他関係機関の名称 | |
| 19 | 当該申請に係る事業の開始予定年月日 | |
| 20 | 併設する施設がある場合の当該併設施設の概要 | |
| 21 | 同一敷地内にある入所施設および病院の概要 | |
| 変更年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | |

備考

　１　該当項目番号に、○を付してください。

　２　変更内容がわかる書類を添付してください。

　３　変更の日から10日以内に届け出てください。