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。