

第一号様式(第三条)

受付番号

指定障害福祉サービス事業所指定申請書

令和 年 月 日

千葉県知事 様

申請者 所在地
(設置者) 名称
代表者 印

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(以下「障害者総合支援法」という。)に規定する指定障害福祉サービス事業所に係る指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

事業所(施設)所在地市町村番号

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 -)		
	法人である場合その種別		法人所轄庁		
	連絡先	電話番号	FAX番号		
		e-mail			
	代表者の職・氏名・ 生年月日	職名		フリガナ 氏名	
		生年月日			
代表者の住所		(郵便番号 -)			
指定を受けようとする事業所・施設	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	指定障害福祉サービス事業所		指定を受ける(受けている)サービスの種類	事業開始(予定)年月日
		指定障害者支援施設			
		指定一般相談支援事業所			
同一事業所で、他の法律において既に指定を受けている事業等					
障害者総合支援法において既に指定を受けている場合	事業所番号			サービスの種類	

(備考)

- 「受付番号」「事業所(施設)所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 「法人である場合その種別」欄には、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「株式会社」等の別を記載してください。
- 「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。
- 「障害者総合支援法において既に指定を受けている場合」欄には、同一所在地において既に事業所としての指定を受け、番号が付番されている場合に、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。

受付番号

指定障害福祉サービス事業所指定申請書

令和 4 年 6 月 15 日

千葉県知事 様

申請者 所在地 千葉県千葉市中央区××1-1-1
 (設置者) 名称 株式会社●●
 代表者 代表取締役 ▲▲ ●● 印

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(以下「障害者総合支援法」という。)に規定する指定障害福祉サービス事業所に係る指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

事業所(施設)所在地市町村番号

申請者 (設置者)	フリガナ	カブシキガイシヤマルマル			
	名称	株式会社●●			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 260 — 0000) 千葉県 千葉市 中央区××1-1-1			
	法人である場合その種別	営利法人	法人所轄庁		
	連絡先	電話番号	043-223-2335	FAX番号	043-222-4133
		e-mail	h.shnhr13@pref.lg.jp		
	代表者の職・氏名・生年月日	職名	代表取締役	フリガナ	カクカク マルマル
氏名			氏名	▲▲ ●●	
代表者の住所	(郵便番号 270 — 0000) 千葉県 松戸市 ■■1-1-1				
指定を受けようとする事業所・施設	フリガナ	マルマルホウモンカイゴジギョウシヨ			
	名称	●●訪問介護事業所			
	事業所(施設)の所在地	(郵便番号 260 — 0045) 千葉県 千葉市 中央区市場町1-1			
	同一所在地において行う	指定障害福祉サービス事業所	指定を受ける(受けている)サービスの種類	事業開始(予定)年月日	
			居宅介護	令和4年7月1日	
重度訪問介護			令和4年7月1日		
指定障害者支援施設					
指定一般相談支援事業所					
同一事業所で、他の法律において既に指定を受けている事業等	介護保険(訪問介護)		令和2年5月1日		
障害者総合支援法において既に指定を受けている場合	事業所番号			サービスの種類	

(備考)

- 「受付番号」「事業所(施設)所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 「法人である場合その種別」欄には、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「株式会社」等の別を記載してください。
- 「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。
- 「障害者総合支援法において既に指定を受けている場合」欄には、同一所在地において既に事業所としての指定を受け、番号が付番されている場合に、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。

別紙 他の事業所又は施設の従事者と兼務するサービス管理責任者及び地域生活支援員について

他の事業所又は施設の従業者と兼務するサービス管理責任者及び地域生活支援員を全て記載してください。					
1	氏 名		事業所の名称		
	フリガナ		事業の種類	兼務する職種	
	氏名		勤務時間		
2	氏 名		事業所の名称		
	フリガナ		事業の種類	兼務する職種	
	氏名		勤務時間		
3	氏 名		事業所の名称		
	フリガナ		事業の種類	兼務する職種	
	氏名		勤務時間		
4	氏 名		事業所の名称		
	フリガナ		事業の種類	兼務する職種	
	氏名		勤務時間		
5	氏 名		事業所の名称		
	フリガナ		事業の種類	兼務する職種	
	氏名		勤務時間		

(様式第1号)

受付番号

指定一般相談支援事業所 指定申請書

令和 年 月 日

千葉県知事 様

申請者
(設置者) 所在地
名称
代表者

印

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(以下「障害者総合支援法」という。)に規定する指定一般相談支援事業所に係る指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

事業所(施設)所在地市町村番号

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 —) 県 郡・市					
	法人である場合その種別		法人所轄庁					
	連絡先	電話番号	FAX番号					
	代表者の職・氏名		職名	フリガナ	氏名			
	代表者の住所		(郵便番号 —) 県 郡・市					
指定を受けようとする事業所・施設の 種類	フリガナ							
	名称							
	事業所(施設)の所在地		(郵便番号 —) 県 郡・市					
	同一所在地において行う事業等の種類		実施事業	指定申請をする事業等の事業開始予定年月日	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
	サービス事業所							
	指定障害者支援施設							
指定一般相談支援事業所 (地域移行支援)				付表14				
指定一般相談支援事業所 (地域定着支援)				付表14				
〇〇事業所番号	同一の法律において既に指定を受けている場合							

(備考)

- 「受付番号」「事業所(施設)所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 「法人である場合その種別」欄には、申請者が法人である場合に、「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。
- 「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。
- 「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の種類を記載し、該当する欄には「〇」を記載してください。
- 「〇〇事業所番号」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、番号が付番されている場合に、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。

