

(様式第6号)

障害児（通所・入所）給付費算定に係る体制等に関する届出書

令和 年 月 日

千葉県知事様

届出者所在地
事業所名
代表者名

印

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

届出者	フリガナ 名称				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
施設等の状況	フリガナ 名称				
	指定事業所番号	1	2	5	
	主たる事業所の所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
(通所・入所) 支援の種類		指定年月日	異動等の区分	異動年月日	異動項目 (※変更の場合)
			1 新規 2 変更 3 終了		
特記事項	変更前			変更後	

注1 「異動等の区分」欄は、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字に「○」を記入してください。

注2 「異動項目」欄は、(別紙1-1~3)「障害児通所(入所)給付費等の算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目を記載してください。

注3 「特記事項」欄は、異動の状況について具体的に記載してください。

担当者連絡先	
当該書類について、問い合わせをする際の担当者名と連絡先を記入してください。	
事業者名	
担当者名	
連絡先	(電話)
	(FAX)