様式第1号(第2条第1項関係)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 受付番号 | 　 |

指定特定相談支援事業者指定(更新)申請書

年　　月　　日

　　　　柏原市長　　様

申請者　　所在地

(設置者)　名称

代表者

　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51条の20第1項(第51条の21第1項)の規定により、指定特定相談支援事業者の指定(更新)を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | 　 |
| 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　　　　―　　　) |
| 　 |
| 指定を受けようとする事業所 | フリガナ | 　 |
| 名称 | 　 |
| 事業所の所在地 | (郵便番号　　　　―　　　) |
| 　 |
| 指定申請をする事業の事業開始予定年月日 | 年　　月　　日　 | 備考 | 　 |
| 既に特定相談支援事業の指定を受けている場合は記載してください。 |
| 事業所番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 指定年月日 | 　 |
| 既に地域相談支援事業(地域移行支援)の指定を受けている場合は記載してください。 |
| 事業所番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 指定年月日 | 　 |
| 既に地域相談支援事業(地域定着支援)の指定を受けている場合は記載してください。 |
| 事業所番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 指定年月日 | 　 |
| 介護保険法の居宅介護支援事業の指定を受けている場合は記載してください。 |
| 事業所番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 指定年月日 | 　 |
| 介護保険法の介護予防支援事業の指定を受けている場合は記載してください。 |
| 事業所番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 指定年月日 | 　 |

備考

　1　「受付番号」欄には記載しないでください。

　2　「法人である場合その種別」欄には、「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。

　3　「法人所轄庁」欄には、申請者が認可法人である場合は、その主務官庁の名称を記載してください。営利法人(株式会社、有限会社等)の場合は、記入不要です。