|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

（様式第１号の３）

指定障害福祉サービス事業所

　　　　　　　　　　　　　　指定変更申請書

指定障害者支援施設

令和　　　年　　月　　日

　　　　　　 明石市長　様

障害者総合支援法に規定する指定障害福祉サービス事業所（指定障害者支援施設）に係る指定の変更を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 | | | | |  | | | |
| 申請者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 代表者 | 職　　名 | |  | | | | フリガナ | | |  | | | | | | | |
| 氏　　名 | | |  | | | | | | | |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　－　　　　　）  　　　　　　都･道･府･県　　　　　　　市･郡･区 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法人種別 |  | | | | | 法人所轄庁 | | | |  | | | | | | | |
| 主たる事務所  の所在地等 | （郵便番号　　　－　　　　　）  　　　　　　都･道･府･県　　　　　　　市･郡･区 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | E-mail | | |  | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | FAX番号 | | |  | | | | | | |
| 指定変更を受けようとする事業所・施設の種類 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の  所在地等 | （郵便番号　　　－　　　　　）  　　　　　明石市 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | E-mail | | | |  | | | | | |
| 電話番号 | |  | | | | | FAX番号 | | | |  | | | | | |
| 指定変更申請をする事業 | | | | | | | | | | | | | | | | 既に指定を受けている事業等 | |
| 事業の種類 | | | | 実施事業 | 変更予定年月日 | | | | | | | | 添付する付表 | | | 事業所番号・年月日 | 実施事業 |
| 居宅介護 | | | |  |  | | | | | | | |  | | | 別紙のとおり |  |
| 重度訪問介護 | | | |  |  | | | | | | | |  | | | 別紙のとおり |  |
| 同行援護 | | | |  |  | | | | | | | |  | | | 別紙のとおり |  |
| 行動援護 | | | |  |  | | | | | | | |  | | | 別紙のとおり |  |
| 療養介護 | | | |  |  | | | | | | | |  | | | 別紙のとおり |  |
| 生活介護 | | | |  |  | | | | | | | |  | | | 別紙のとおり |  |
| 短期入所 | | | |  |  | | | | | | | |  | | | 別紙のとおり |  |
| 重度障害者等包括支援 | | | |  |  | | | | | | | |  | | | 別紙のとおり |  |
| 共同生活援助 | | | |  |  | | | | | | | |  | | | 別紙のとおり |  |
| 障害者支援施設 | | | |  |  | | | | | | | |  | | | 別紙のとおり |  |
| 自立訓練（機能訓練） | | | |  |  | | | | | | | |  | | | 別紙のとおり |  |
| 自立訓練（生活訓練） | | | |  |  | | | | | | | |  | | | 別紙のとおり |  |
| 就労移行支援（一般型） | | | |  |  | | | | | | | |  | | | 別紙のとおり |  |
| 就労移行支援（資格取得型） | | | |  |  | | | | | | | |  | | | 別紙のとおり |  |
| 就労継続支援（Ａ型） | | | |  |  | | | | | | | |  | | | 別紙のとおり |  |
| 就労継続支援（Ｂ型） | | | |  |  | | | | | | | |  | | | 別紙のとおり |  |
| 就労定着支援 | | | |  |  | | | | | | | |  | | | 別紙のとおり |  |
| 多機能型 | | | |  |  | | | | | | | |  | | | 別紙のとおり |  |
| 一般相談支援（地域移行支援） | | | |  |  | | | | | | | |  | | | 別紙のとおり |  |
| 一般相談支援（地域定着支援） | | | |  |  | | | | | | | |  | | | 別紙のとおり |  |
| 従たる事業所の有無  （共同生活援助、生活介護、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援のみ記入） | | | | | | | | | | | | | | | | 有　・　無 | | |

注意１　「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。

　　２　「法人種別」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」等の別を記入してください。

　　３　「法人所轄庁」欄には、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。

　　４　共同生活介護または共同生活援助の申請を行う場合は、「事業所（施設）の名称」「事業所（施設）の所在地」とあるのは、それぞれ「主たる事業所の名称」「主たる事業所の所在地」と読み替えてください。

　　５　「指定変更申請をする事業」欄は、当該申請書によって申請する事業の「事業の種類」欄に「○」を記入し、多機能型の場合は、「多機能型」にも「○」を記入してください。

　　６　「添付する付表」欄には、添付する付表の名称（「付表１」「付表１－２」「付表２」「付表２－２」・・・）を記載してください。

　　７　「既に指定を受けている事業等」欄には、同一所在地において既に指定を受けている事業に「○」を記入し、別紙に、介護保険法における指定状況と併せて指定年月日、事業所番号等を記入してください。

　　８　「従たる事業所の有無」欄には、従たる事業所を設置する場合には「有」に「○」を、設置しない場合には「無」に「○」を記入してください。

※　介護給付費の請求に際しては、別途「介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書」を所管の県民局に行う必要があります。

　　　http://web.pref.hyogo.lg.jp/hw19/hw19\_000000009.html#h03

（様式第１号の３の別紙）

**障害者総合支援法及び介護保険法で既に指定を受けている事業について**

障害者総合支援法及び介護保険法で既に指定を受けている事業を記載して下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法律の名称 | サービス種類  （障害種別） | 事業所・施設名 | 指定年月日 | 指定事業所番号  （左詰めで記載） | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

【記載例】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 障害者総合支援法 | 居宅介護・重度訪問介護 | ひょうごヘルパーステーション | 平成18年10月1日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 障害者総合支援法 | 生活介護 | ひょうごデイサービス | 平成19年4月1日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 介護保険法 | 訪問介護 | ひょうごヘルパーステーション | 平成15年4月1日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |