

様式第 1 号から様式第 3 号まで 削除

様式第 1 号（第 2 条関係）

指定障がい福祉サービス事業所
指定障がい者支援施設
指定一般相談支援事業所

指定（更新）申請書

福岡県知事 殿

所在地
申請者 名 称
代表者

年 月 日

表題の事業所・施設に係る指定（指定の更新）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。

										法人番号(13桁)																										
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																									
	連絡先										電話番号 (内線)					FAX番号																				
	E-mailアドレス																																			
	法人等の種類																																			
申請者（設置者）	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 -) 県 郡・市																									
	フリガナ 名称																																			
指定を受ける事業所・施設の種類の欄	事業所(施設)の所在地										(郵便番号 -) 県 郡・市																									
	多機能型事業所に係る指定の申請の場合は○																																			
	同一所在地において行う事業等の種類										共生型サービスの指定を申請するものに○					今回の指定(更新)申請をする対象事業等に○					既に指定を受けている事業に○					事業の開始予定年月日					本申請書に添付して提出する様式(付表)					
	指定障がい福祉サービス事業所	居宅介護																														付表 1				
		重度訪問介護																														付表 1				
		同行援護																														付表 1				
		行動援護																														付表 1				
		療養介護																														付表 2				
		生活介護																														付表 3				
		短期入所																														付表 4				
		重度障がい者等包括支援																														付表 5				
		自立訓練(機能訓練)																														付表 6				
		自立訓練(生活訓練)																														付表 6				
	就労移行支援																														付表 7					
	就労継続支援 A 型																														付表 8					
就労継続支援 B 型																														付表 8						
就労定着支援																														付表 9						
自立生活援助																														付表 10						
共同生活援助																														付表 11						
指定障がい者支援施設(施設入所支援)																														付表 12						
指定一般相談支援事業所										地域移行支援																				付表 13						
										地域定着支援																				付表 13						

【既に指定を受けている場合】事業所番号

(備考)

1 「法人等の種類」欄には、「社会福祉法人(社協以外)」、「社会福祉法人(社協)」、「医療法人」、「社団・財団」、「営利法人」、「非営利法人(NPO)」、「農協」、「生協」、「その他法人」、「地方公共団体(都道府県)」、「地方公共団体(市町村)」、「地方公共団体(広域連合・一部事務組合等)」、「非法人」、「その他」のいずれかを記入してください。

2 「同一所在地において行う事業等の種類」欄には、今回申請をする事業及び既に指定を受けている事業のそれぞれに「○」を記載してください。

3 「【既に指定を受けている場合】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。

4 「事業の開始予定年月日」欄については、更新の場合にあっては、現に受けている指定の有効期間満了日を記載してください。

(削除)

付表 1 居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ 名 称							
	所在地	(郵便番号 -)						
		県	郡・市					
	連絡先 E-Mail	電話番号			FAX			
事業所以外の	フリガナ 名 称							
	所在地	(郵便番号 -)						
		県	郡・市					
	連絡先 E-Mail	電話番号			FAX			
管理者	フリガナ 氏 名		生年月日		年	月	日	
	住 所	(郵便番号 -)						
		県	郡・市					
			当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)					
	他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	事業所等の名称						
兼務する職種及び勤務時間等								
サービス提供者	フリガナ 氏 名		生年月日		年	月	日	
	住 所	(郵便番号 -)						
		県	郡・市					
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等 第 条 第 項 第 号								
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項								
営業日(該当する日に○)	日	月	火	水	木	金	土	祝
	その他(年末年始等)							
営業時間	平日				～			：
	土曜				～			：
	日・祝				～			：
サービス内容	身体介護		身体介護(通院介助)					
	家事援助		家事援助(通院介助)					
	乗降介助							
利用料								
その他の費用								
通常の事業の実施地域								

(備考)

1. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。

2. 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容についても記載してください。

(削除)

事業所

フリガナ

名 称

所在地

連 絡 先

E-Mail

管理者

フリガナ

氏 名

住 所

当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)

他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)

事業所等の名称

兼務する職種及び勤務時間等

サービス責任者管理

フリガナ

氏 名

住 所

実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等

第 条 第 項 第 号

○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項

利用定員(人)

日

月

火

水

木

金

土

祝

営業日(該当する日に○)

その他(年末年始等)

平日

土曜

日・祝

営業時間

平日

土曜

日・祝

利用料

その他の費用

通常の事業の実施地域

設備

多目的室(デイルーム)の有無(いずれかに○)

有

無

(備考)

1. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。

2. 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。

3. 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容についても記載してください。

(削除)

は表3 生活介護事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ							
	名 称							
	所在地	(郵便番号 -) 県 都・市						
	連絡先 E-Mail	電話番号			FAX			
管理者	フリガナ			生年月日				
	氏 名	(郵便番号 -)		年	月	日		
	住 所	県 都・市						
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)							
サ ー ビ ス 管 理	フリガナ			生年月日				
	氏 名	(郵便番号 -)		年	月	日		
住 所		県 都・市						
他の事業所又は施設の 従業者との兼務(兼務の 場合記入)		事業所等の名称		兼務する職種及び勤 務時間等				
フリガナ				生年月日				
氏 名		(郵便番号 -)		年	月	日		
住 所		県 都・市						
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等 第 条 第 項 第 号								
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項								
利用定員(人)								
事業所が申告する障がい支援区分の平均値								
利用者の推定数 (人)	サービス単位	4未満		4以上5未満		5以上		
	サービス単位1							
	サービス単位2							
	サービス単位3							
営業日(該当する 日に○)	日	月	火	水	木	金	土 祝	
	その他(年末年始等)							
営業時間	平日	:		~		:		
	土曜	:		~		:		
	日・祝	:		~		:		
利用料								
その他の費用								
通常の事業の実施 地域								
協力医療機関		名称			主な診療科名			
○一体的に実施する従たる事業所の指定に係る記載事項								
事業所	フリガナ							
	名 称							
	所在地	(郵便番号 -) 県 都・市						
	連絡先 E-Mail	電話番号			FAX			
サ ー ビ ス 管 理	フリガナ			生年月日				
	氏 名	(郵便番号 -)		年	月	日		
	住 所	県 都・市						
	実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等 第 条 第 項 第 号							
利用定員(人)								
事業所が申告する障がい支援区分の平均値								
利用者の推定数 (人)	サービス単位	4未満		4以上5未満		5以上		
	サービス単位1							
	サービス単位2							
	サービス単位3							
営業日(該当する 日に○)	日	月	火	水	木	金	土 祝	
	その他(年末年始等)							
営業時間	平日	:		~		:		
	土曜	:		~		:		
	日・祝	:		~		:		
利用料								
その他の費用								
通常の事業の実施 地域								
協力医療機関		名称			主な診療科名			

(備考)

1. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別紙に記載した書類を添付してください。

2. 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。

3. 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容についても記載してください。

(削除)

付表5 重度障がい者等包括支援事業所の指定に係る記載事項

事業所

フリガナ
名 称

所在地
(郵便番号 ー 県 郡・市)

連絡先
E-Mail

電話番号

FAX

事業
所以
外の

フリガナ
名 称

所在地
(郵便番号 ー 県 郡・市)

連絡先
E-Mail

電話番号

FAX

管理
者

フリガナ
氏 名

生年月日

年 月 日

住 所
(郵便番号 ー 県 郡・市)

当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)

他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)

事業所等の名称

兼務する職種及び勤務時間等

サ
ー
ビ
ス
提
供
責
任
者

フリガナ
氏 名

生年月日

年 月 日

住 所
(郵便番号 ー 県 郡・市)

実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等 第 条 第 項 第 号

○人員に関する基準の確認に必要な事項

従業者の職種・員数

居宅介護等従業者

専従

兼務

その他の従業者

専従

兼務

常勤(人)

非常勤(人)

常勤換算後の人数(人)

基準上の必要人数(人)

○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項

事業所の体制

提供する障がい福祉サービス

種類

事業所名

第三者委託により提供する障がい福祉サービス

種類

事業所名

所在地

利用者からの連絡対応体制の概要

利用者の推定数(人)

主たる対象者(いずれかに○)

特定しない

I 類型

II 類型

III 類型

日 月 火 水 木 金 土 祝

営業日(該当する日に○)

その他(年末年始等)

平日

土曜

日・祝

営業時間

;

~

;

;

;

;

;

;

利用料

その他の費用

通常の事業の実施地域

協力医療機関

名称

主な診療科名

(備考)

1. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別業に記載した書類を添付してください。

2. 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。

3. 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容についても記載してください。

改正案

現行

(削除)

は表6 自立訓練(機能訓練・生活訓練)事業所の指定に係る記載事項

サービス種別(申請するものに○)		機能訓練		生活訓練		指定型自立訓練を 実施する場合に○			
事業所	フリガナ 名 称								
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡・市							
	連絡先	電話番号				FAX			
	E-mail								
管理者	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日				
	住 所	(郵便番号 -) 県 郡・市							
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)								
	他の事業所又は施設の従 業者の兼務(兼務の場合記入)		事業所等の名称 兼務する職種及び勤務 時間等						
サ ー ビ ス 管 理 責 任 者	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日				
	住 所	(郵便番号 -) 県 郡・市							
	実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等 第 条 第 項 第 号								
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項									
訪問事業の実施		有		無					
利用定員(人)									
利用者の推定数 (人)									
営業日(該当する 日に○)		日	月	火	水	木	金	土	祝
		その他(年末年始等)							
営業時間		平日	:		~		:		
		土曜	:		~		:		
		日・祝	:		~		:		
利用料									
その他の費用									
通常の事業の実施 地域									
協力医療機関		名称				主な診療科名			
○一体的に実施する従たる事業所の指定に係る記載事項									
事業所	フリガナ 名 称								
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡・市							
	連絡先	電話番号				FAX			
	E-mail								
サ ー ビ ス 管 理 責 任 者	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日				
	住 所	(郵便番号 -) 県 郡・市							
	実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等 第 条 第 項 第 号								
訪問事業の実施		有		無					
利用定員(人)									
利用者の推定数 (人)									
営業日(該当する 日に○)		日	月	火	水	木	金	土	祝
		その他(年末年始等)							
営業時間		平日	:		~		:		
		土曜	:		~		:		
		日・祝	:		~		:		
利用料									
その他の費用									
通常の事業の実施 地域									
協力医療機関		名称				主な診療科名			

(備考)

1. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別紙に記載した書類を添付してください。

2. 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。

3. 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容についても記載してください。

(削除)

付表7 就労移行支援事業所の指定に係る記載事項

サービス種別(申請するものに○)		一般型		資格取得型	
事業所	フリガナ				
	名 称				
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡・市			
	連絡先	電話番号		FAX	
管理者	E-Mail				
	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏 名	(郵便番号 -) 県 郡・市			
	住 所				
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)				
サービス責任者	フリガナ				
	氏 名		生年月日	年 月 日	
	住 所	(郵便番号 -) 県 郡・市			
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等 第 条 第 項 第 号					
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項					
利用定員(人)					
利用者の推定数(人)					
利用料					
その他の費用					
通常の事業の実施地域					
協力医療機関		名称		主な診療科名	
提携就労支援機関					
○一体的に実施する従たる事業所の指定に係る記載事項					
事業所	フリガナ				
	名 称				
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡・市			
	連絡先	電話番号		FAX	
サービス責任者	E-Mail				
	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏 名	(郵便番号 -) 県 郡・市			
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等 第 条 第 項 第 号					
利用定員(人)					
利用者の推定数(人)					
利用料					
その他の費用					
通常の事業の実施地域					
協力医療機関		名称		主な診療科名	
提携就労支援機関					

- (備考)
- 1. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
 - 2. 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。
 - 3. 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容についても記載してください。

(削除)

付表 8 就労継続支援事業所の指定に係る記載事項

サービス種別(申請するものに○)		就労継続支援A型		就労継続支援B型	
事業所	フリガナ 名 称				
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡・市			
	連絡先	電話番号		FAX	
	E-Mail				
管理者	フリガナ 氏 名	生年月日	年 月 日		
	住 所	(郵便番号 -) 県 郡・市			
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)				
	他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	事業所等の名称			
サービス責任者(管理)	フリガナ 氏 名	生年月日	年 月 日		
	住 所	(郵便番号 -) 県 郡・市			
	兼務する職種及び勤務時間等				
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等 第 条 第 項 第 号					
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項					
利用定員(人)					
利用者の推定数(人)					
利用料					
その他の費用					
通常の事業の実施地域					
協力医療機関 名称 主な診療科名					
○一体的に実施する従たる事業所の指定に係る記載事項					
事業所	フリガナ 名 称				
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡・市			
	連絡先	電話番号		FAX	
	E-Mail				
サービス責任者(管理)	フリガナ 氏 名	生年月日	年 月 日		
	住 所	(郵便番号 -) 県 郡・市			
	第 条 第 項 第 号				
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等 第 条 第 項 第 号					
利用定員(人)					
利用者の推定数(人)					
利用料					
その他の費用					
通常の事業の実施地域					
協力医療機関 名称 主な診療科名					

- (備考)
- 1. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
 - 2. 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。
 - 3. 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容についても記載してください。

(削除)

付表9 就労定着支援事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ 名 称										
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡・市									
	連絡先 E-Mail	電話番号				FAX					
管理者	フリガナ				生年月日						
	氏 名				年	月	日				
	住 所	(郵便番号 -) 県 郡・市									
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)										
	他の事業所又は施設の従業員等との兼務(兼務の場合記入)	事業所等の名称									
サービス 責任者 管理	フリガナ				生年月日						
	氏 名				年	月	日				
	住 所	(郵便番号 -) 県 郡・市									
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等 第 条 第 項 第 号											
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項											
利用者の推定数 (人)											
一体的に運営する事業所の前年度の平均利用者数(人)											
営業日(該当する日に○)		日	月	火	水	木	金	土	祝		
		その他(年末年始等)									
営業時間		平日	: ~ :								
		土曜	: ~ :								
		日・祝	: ~ :								
利用料											
その他の費用											
通常の事業の実施地域											

(備考)

1. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
2. 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。
3. 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容についても記載してください。

(削除)

付表10 自立生活援助事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ 名 称							
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡・市						
	連絡先 E-Mail	電話番号				FAX		
管理者	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日			
	住 所	(郵便番号 -) 県 郡・市						
			当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)					
	他の事業所又は施設の従業員との兼務(兼務の場合記入)	事業所等の名称						
兼務する職種及び勤務時間等								
サービス 責任者 管理	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日			
	住 所	(郵便番号 -) 県 郡・市						
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等 第 条 第 項 第 号								
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項								
利用者の推定数 (人)								
営業日(該当する日に○)	日	月	火	水	木	金	土	祝
	その他(年末年始等)							
営業時間	平日	:			~			:
	土曜	:			~			:
	日・祝	:			~			:
利用料								
その他の費用								
通常の事業の実施 地域								

- (備考)
- 1. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別業に記載した書類を添付してください。
 - 2. 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。
 - 3. 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容についても記載してください。

改正案

現行

(削除)

付表11 共同生活援助事業所の指定に係る記載事項

主たる事業所	フリガナ				
	名 称				
	所在地	(郵便番号 -)			
		県		郡・市	
	連絡先	電話番号		FAX	
管理者	E-Mail				
	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏 名				
	住 所	(郵便番号 -)			
		県		郡・市	
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)				
	他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	事業所等の名称			
兼務する職種及び勤務時間等					
サービス責任者	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏 名				
	住 所	(郵便番号 -)			
県		郡・市			
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等 第 条 第 項 第 号					
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項					
サービスの提供形態(該当部分に○)	介護サービス包括型	生活支援員の業務の外部委託の予定	有	無	
	日中サービス支援型		有の場合の月間時間数		
	外部サービス利用型	受託居宅介護サービス事業者が事業を行う事業所の名称及び所在地並びに当該事業者の名称及び所在地	別紙のとおり		
利用定員(人)					
利用者の推定数(人)					
指定生活介護事業所等との連携体制	連携する施設の種別		施設名		
	支援体制の概要				
協力医療機関	名称		主な診療科名		
協力歯科医療機関	名称				

(削除)

○共同生活住居の情報

共同生活住居① (主たる事業所)	フリガナ 名 称										
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡・市									
	連絡先	電話番号				FAX					
	住居区分	一戸建て		アパート		マンション		その他			
	建物所有者名										
	賃貸借契約の内容	家賃月額(円)									
		契約期間	～								
	住居の利用定員(人)			居室数		室(うち個室 室)					
	入居者1人当たりの居室の最小床面積(㎡)										
	一体的に運営するサテライト型住居数(箇所)										
	主たる対象者 (対象とするものに○)	身体障がい			知的障がい						
		精神障がい			難病等対象者						
共同生活住居②	フリガナ 名 称										
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡・市									
	連絡先	電話番号				FAX					
	住居区分	一戸建て		アパート		マンション		その他			
	建物所有者名										
	賃貸借契約の内容	家賃月額(円)									
		契約期間	～								
	住居の利用定員(人)			居室数		室(うち個室 室)					
	入居者1人当たりの居室の最小床面積(㎡)										
	一体的に運営するサテライト型住居数(箇所)										
	主たる対象者 (対象とするものに○)	身体障がい			知的障がい						
		精神障がい			難病等対象者						
共同生活住居③	フリガナ 名 称										
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡・市									
	連絡先	電話番号				FAX					
	住居区分	一戸建て		アパート		マンション		その他			
	建物所有者名										
	賃貸借契約の内容	家賃月額(円)									
		契約期間	～								
	住居の利用定員(人)			居室数		室(うち個室 室)					
	入居者1人当たりの居室の最小床面積(㎡)										
	一体的に運営するサテライト型住居数(箇所)										
	主たる対象者 (対象とするものに○)	身体障がい			知的障がい						
		精神障がい			難病等対象者						

(削除)

○昼間実施サービス及び施設入所支援に係る記載事項

昼間実施サービスの種類		生活介護	自立訓練 (機能訓練)	自立訓練 (生活訓練)	就労移行支援 (一般型)	就労移行支援 (資格取得型)	就労継続支援 (A型)	就労継続支援 (B型)	
	実施有無								
	利用者の推定数								
	昼間多機能の実施	有	無		昼間の総定員数(人)				
(生活介護を行う場合のみ) 利用者の推定数(人)	サービス単位	4未満		4以上5未満		5以上			
	サービス単位1								
	サービス単位2								
	サービス単位3								
	介護給付対象者	訓練等給付対象者		特定旧法受給者		合計			
昼間実施サービスの定員(人)									
	定員緩和措置の有無					有	無		
施設入所支援の定員(人)					他の社会福祉施設との併設		有 無		
	併設施設の定員(人)				併設施設の種別				
施設入所支援の利用者の推定数	サービス単位1								
	サービス単位2								
	サービス単位3								
短期入所の実施	併設型	空床型		無					
	短期入所の利用者の推定数(人)								
営業日(該当する日に○)	日	月	火	水	木	金	土	祝	
	その他(年末年始等)								
営業時間	平日	:		~		:			
	土曜	:		~		:			
	日・祝	:		~		:			
利用料									
その他の費用									
通常の事業の実施地域									

(備考)

1. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別業に記載した書類を添付してください。

2. 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。

3. 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容についても記載してください。

(削除)

付表13 指定一般相談支援事業所の指定に係る記載事項

サービス種別(申請するものに○)		地域移行支援				地域定着支援			
事業所	フリガナ								
	名 称								
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡・市							
	連絡先	電話番号				FAX			
管理者	E-Mail								
	フリガナ			生年月日	年 月 日				
	住 所	(郵便番号 -) 県 郡・市							
	当該事業所における相談支援専門員との兼務の有無						有	無	
	他の事業所又は施設の従業員との兼務(兼務の場合記入)	事業所等の名称	兼務する職種及び勤務時間等						
指定地域相談支援の提供に当たる者	フリガナ			生年月日	年 月 日				
	氏 名								
	住 所	(郵便番号 -) 県 郡・市							
	フリガナ			生年月日	年 月 日				
	氏 名								
	住 所	(郵便番号 -) 県 郡・市							
	フリガナ			生年月日	年 月 日				
	氏 名								
	住 所	(郵便番号 -) 県 郡・市							
	実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等 第 条 第 項 第 号								
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項									
常時の連絡体制の確保の具体的方法(地域定着支援のみ)									
営業日(該当する日に○)	日	月	火	水	木	金	土	祝	
	その他(年末年始等)								
営業時間	平日	:		~		:			
	土曜	:		~		:			
	日・祝	:		~		:			
その他の費用									
通常の事業の実施地域									

(備考)

- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別紙に記載した書類を添付してください。
- 「その他の費用」欄には、利用者へ直接金銭の負担を求める場合のサービス内容についても記載してください。

(削除)

様式第3号（第4条関係）

指定障がい福祉サービス事業所
指定障がい者支援施設
指定一般相談支援事業所

変更届出書

福岡県知事 殿

所在地
名称
代表者職名・氏名

申請者

年 月 日

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

□

指定障がい福祉サービス事業所等の指定に係る事項の変更の届出先（以下「指定権者」という。）と指定障がい福祉サービス事業所等の業務管理体制の整備に関する事項の変更の届出先（以下「監督権者」という。）が同一の自治体であり、かつ、変更事項が「主たる事務所の所在地」若しくは「代表者の氏名又は住所」のみの場合に限り、同事項に係る事実の確認に支障がないと認めるときは、監督権者への変更の届出については、指定権者への変更の届出があったことをもって変更の届出の提出を省略させることができることとされているので、その場合には左のチェックボックス（□）に✓を付してください。なお、当該変更届出を受理した指定権者は、当該変更届出の写しを監督権者へ回付してください。

指定を受けた内容を変更した事業所又は施設	事業所番号																		
	名称																		
	所在地																		
サービスの種類																			
変更年月日		年 月 日																	
変更があった事項（該当に○）		変更の内容																	
事業所（施設）の名称	(変更前)																		
事業所（施設）の所在地																			
申請者の名称																			
申請者の主たる事務所の所在地																			
申請者の代表者の氏名、生年月日、住所及び職名																			
法人等の種類																			
登記事項証明書又は条例等（当該事業に関するものに限る。）																			
民生型サービスの該当有無																			
事業所（施設）の構造概要・平面図・設備の概要																			
利用者又は入所者の定員	(変更後)																		
管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴																			
サービス管理（提供）責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴																			
運営規程																			
協力医療機関・協力歯科医療機関の名称・診療科名・契約内容																			
提携就労支援機関の名称																			
提供する障がい福祉サービス等の種類																			
第三者委託により提供する障がい福祉サービス等の種類等																			
事業実施形態（事業所の種別等）																			
従業員等の勤務の体制及び勤務形態																			
その他																			

記入担当者氏名

連絡先

（備考）1 変更届の提出に際しては、必要書類を添付してください。

2 「変更があった事項」の「変更の内容」は、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように記入してください。