

受付番号

指定障害福祉サービス事業者
 指定障害者支援施設 指定(更新)申請書
 指定一般相談支援事業者

年 月 日

(宛先) 奈良市長

所在地
 申請者 名称
 (設置者) 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に規定する指定障害福祉サービス事業者・指定障害者支援施設・指定一般相談支援事業者に係る指定(更新)を受けたいので、下記のとおり関係書類を申請します。

事業所(施設)所在地市町村番号

申請者	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・施設の種類の種類	フリガナ							
	名称							
	事業所(施設)の所在地		(郵便番号 —) 奈良県 奈良市					
	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
	福祉施設						別紙のとおり	
	障害者支援施設						別紙のとおり	
	障害者支援施設						別紙のとおり	
	障害者支援施設						別紙のとおり	
	障害者支援施設						別紙のとおり	
	指定一般相談支援事業所(地域移行支援)				付表14		別紙のとおり	
指定一般相談支援事業所(地域定着支援)				付表14		別紙のとおり		
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						
(事業所名)		(番号)						

- 備考1 「受付番号」、「事業所(施設)所在地市町村番号」及び「受付」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、一般社団法人、一般財団法人、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に、その主務官庁の名称を記載してください。
 4 「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「○」を記載してください。
 5 「事業所番号」欄には、本市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。欄に書ききれない場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。

受	付
---	---

障害福祉サービス事業等開始届出書

(宛先) 奈良市長

住所又は法人の所在地

届出者 名称又は氏名

法人の場合は代表者

㊞

障害福祉サービス事業等を開始したいので、下記のとおり関係書類を添えて届け出ます。
記

		事業所番号		
開始しようとする事業	種 類	<input type="checkbox"/> 指定障害福祉サービス事業 (サービスの種類)		
		<input type="checkbox"/> 指定一般相談支援事業(地域移行支援)		
		<input type="checkbox"/> 指定一般相談支援事業(地域定着支援)		
		<input type="checkbox"/> 指定障害者支援施設 (施設の種類)		
内 容				
事業者	名 称			
	主たる事務所の所在地		郵便番号 (-)	
			電話番号 () -	ファクシミリ番号 () -
条例、定款その他の基本約款		別紙のとおり / 指定申請等と同じにつき省略		
職員の職種	職 務 の 内 容			職員の定数
				人
				人
				人
				人
				人
	合 計			人
主な職員の氏名及び経歴		別紙のとおり / 指定申請等と同じにつき省略		
事業を行おうとする区域 <small>(市町村の委託を受けて事業を行おうとする者にあつては、当該市町村の名称を含む。)</small>				
事業所又は事業の用に供する施設	名 称			
	種 類 <small>(短期入所の場合のみ)</small>			
	所 在 地 等		郵便番号 (-)	
			電話番号 () -	ファクシミリ番号 () -
			メールアドレス	
利 用 定 員 <small>(居宅介護・相談支援・移動支援事業以外)</small>		人		
事業開始予定年月日		年 月 日		
収 支 予 算 書		別紙のとおり		
事 業 計 画 書		別紙のとおり / 指定申請等と同じにつき省略		

※事業所及び事業の種類ごとに届出書を作成してください。

受付番号

指定障害福祉サービス事業者
指定障害者支援施設
指定変更申請書

年 月 日

(宛先) 奈良市長

所在地
申請者 名称
(設置者) 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に規定する指定障害福祉サービス事業者・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(施設)所在地市町村番号

申請者	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					
変更を受けようとする事業所・施設の種別	フリガナ							
	名称							
	事業所の所在地		(郵便番号 —) 奈良県 奈良市					
	同一所在地において行う事業等の種類		実施事業	変更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
	福祉施設							
	障害者支援施設							
	障害者施設							
	障害者施設							
	障害者施設							
	障害者施設							
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						
(事業所名)		(番号)						

- 備考1 「受付番号」、「事業所(施設)所在地市町村番号」及び「受付」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、一般社団法人、一般財団法人、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に、その主務官庁の名称を記載してください。
 4 「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「○」を記載してください。
 5 「事業所番号」欄には、本市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。欄に書ききれない場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。

受 付

指定障害福祉サービス事業者
 指定障害者支援施設 変更届出書
 指定一般相談支援事業者

年 月 日

(宛先) 奈良市長

所在地
 届出者 名称
 (設置者) 代表者

印

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。

指定内容を変更した事業所		事業所番号
		名称
		所在地
		サービスの種類
変更した事項		変更の内容
1	事業所又は施設の名称	(変更前)
2	事業所の所在地又は施設の設置の場所	
3	事業者(設置者)の名称	
4	主たる事務所の所在地	
5	代表者の氏名、生年月日、住所又は職名	
6	定款・寄付行為等若しくはその登記事項証明書又は条例等(当該指定に係る事業に関するものに限る。) ※定款・寄付行為等は就労継続支援A型事業所のみ	
7	提供する障害福祉サービスの種類	
8	第三者に委託することにより提供する障害福祉サービスの種類又は第三者の事業所の名称若しくは所在地	(変更後)
9	事業所又は施設の平面図又は設備の概要	
10	事業所又は施設の管理者の氏名、生年月日、住所又は経歴	
11	事業所のサービス提供責任者の氏名、生年月日、住所又は経歴	
12	事業所又は施設のサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所又は経歴	
13	主たる対象者	
14	運営規程	
15	事業所の種別(併設型・空床型の別)	
16	併設型における利用者の推定数又は空床型における当該施設の入所定員	
17	協力医療機関の名称若しくは診療科目又は当該協力医療機関との契約内容	
18	他の障害福祉サービス事業者等との連携体制又は支援体制の概要	
19	連携する公共職業安定所等の名称	
20	その他()	
変更年月日		年 月 日

備考1 「変更した事項」欄については、該当する項目番号に○を付してください。

- 「受付」欄には、何も記載しないでください。
- 変更内容が分かる書類を添付してください。
- 変更の日から10日以内に届け出てください。

受 付

指定障害福祉サービス事業者
指定一般相談支援事業者 廃止・休止・再開届出書

年 月 日

(宛先) 奈良市長

届出者 所在地
名称
代表者

㊟

次のとおり事業の廃止、休止又は再開をしましたので届け出ます。

事業所番号	
廃止、休止又は再開する事業所	名称
所在地	
廃止、休止又は再開の別	廃止・休止・再開
廃止、休止又は再開した年月日	年月日
廃止又は休止した理由	
現に指定障害福祉サービスを受けていた者に対する措置(廃止又は休止した場合に限る。)	
休止予定期間	年月日～年月日

- 備考1 「廃止、休止又は再開の別」欄には、今回の届出内容が該当するものに○を付してください。
- 「受付」欄には記載しないでください。
 - 事業の再開に係る届出にあつては、この届出に係る当該事業の従業員の勤務の体制及び勤務形態に関する書類を添付してください。
 - 廃止及び休止は1月前までに届け出てください。
 - 再開の日から10日以内に届け出てください。

受 付

(別紙)

現に当該指定障害福祉サービス等を受けている者について

	氏名	受給者 番号	引き続き サービスの 提供を希 望する旨の 申出の有 無	引き続き当該指定障害福祉サービス等に相当する サービスの提供を希望する者に対し、必要な指定障 害福祉サービス等を継続的に提供する他の指定障害 福祉サービス等事業者の名称
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				

※適宜、欄を追加してください。

指定障害者支援施設指定辞退届出書

年 月 日

(宛先) 奈良市長

届出者 所在地
名称
代表者

印

次のとおり指定を辞退したいので、届け出ます。

指定を辞退する施設	事業所番号	
	名	称
	所在地	
指定を受けた年月日	年 月 日	
指定を辞退する年月日	年 月 日	
指定を辞退する理由		
現に施設に入所している者に対する措置		

(注) 指定を辞退する日の3月前までに届け出てください。

受 付

(別紙)

現に当該指定障害福祉サービス等を受けている者について

	氏名	受給者 番号	引き続き サービスの 提供を希 望する旨の 申出の有 無	引き続き当該指定障害福祉サービス等に相当する サービスの提供を希望する者に対し、必要な指定障 害福祉サービス等を継続的に提供する他の指定障害 福祉サービス等事業者の名称
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				

※適宜、欄を追加してください。

別記
第1号様式(第2条関係)

受付番号

指定特定相談支援事業者 指定(更新)申請書
指定障害児相談支援事業者

年 月 日

(宛先)奈良市長

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に規定する指定特定相談支援事業者
児童福祉法に規定する指定障害児相談支援事業者 に係る指定(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 事業の種類	フリガナ					
	名称					
	事業所の所在地		(郵便番号 —)			
	事業の種類	実施事業	指定申請をする事業の 事業開始予定年月日	様式	備考	
	特定相談支援事業		年 月 日	付表		
障害児相談支援事業		年 月 日	付表			
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に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 4 「実施事業」欄には、今回申請をする相談支援事業の種類に「○」を記載してください。
- 5 「障害児相談支援事業」の指定を申請する場合は、「特定相談支援事業」の申請も併せて申請してください。

別記
第1号様式(第2条関係)

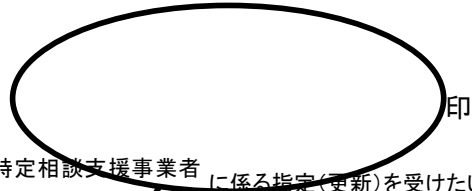
受付番号

指定特定相談支援事業者 指定(更新)申請書
指定障害児相談支援事業者

年 月 日

(宛先)奈良市長

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に規定する指定特定相談支援事業者
児童福祉法に規定する指定障害児相談支援事業者
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	法人名、法人所在地、代表者 ※定款、登記事項証明書等で確認する		
	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 事業の種類	フリガナ			
	名称			
	事業所の所在地	(郵便番号 —) 事業所名、事業所所在地 ※付表、運営規定の記載と一致すること		
	事業の種類	実施事業	指定申請をする事業の 事業開始予定年月日	様式 備考
	特定相談支援事業	<input checked="" type="radio"/>	平成24年4月1日	付表
	障害児相談支援事業	<input type="radio"/>		付表
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)

※同一地ですでに他の事業の指定を受けているかどうかを確認し、該当するものがあれば記載する

- 「受付番号」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、「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。
- 「実施事業」欄には、今回申請をする相談支援事業の種類に「○」を記載してください。
- 「障害児相談支援事業」の指定を申請する場合は、「特定相談支援事業」の申請も併せて申請すること。

第2号様式(第3条関係)

指定特定相談支援事業者
指定障害児相談支援事業者
変更届出書

年 月 日

(宛先)奈良市長

届出者
(事業者) 氏名 (名称及び代表者氏名) ⑩

住所
(所在地)

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。

事業所番号							
指定内容を変更した事業所		事業所名称 所在地					
変更があった事項		変更の内容					
		(変更前)			(変更後)		
1	事業所(施設)の名称						
2	事業所(施設)の所在地(設置の場所)						
3	申請者(設置者)の名称						
4	主たる事務所の所在地						
5	代表者の氏名、生年月日、住所又は職名						
6	事業所の平面図又は設備の概要						
7	事業所の管理者の氏名、生年月日、住所又は経歴						
8	相談支援専門員の氏名、生年月日、住所又は経歴						
9	主たる対象者						
10	運営規程						
11	その他(
変更年月日		年 月 日					

- 備考1 該当項目番号に○を付してください。
 2 変更内容がわかる書類を添付してください。
 3 変更の日から10日以内に届け出てください。

第2号様式(第3条関係)

指定特定相談支援事業者
指定障害児相談支援事業者 変更届出書

年 月 日

(宛先)奈良市長

※届出を行った日

住所
(所在地)
届出者
(事業者) 氏名
(名称及び代表者氏名) 印

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。

指定内容を変更した事業所		事業所番号	
		名称	
		所在地	
変更があった事項		変更の内容	
		(変更前)	(変更後)
1	事業所(施設)の名称		
2	事業所(施設)の所在地(設置の場所)	事業所の所在地 〇〇市△△町123-4	事業所の所在地 〇〇市××町98-7
3	申請者(設置者)の名称		
4	主たる事務所の所在地		
5	代表者の氏名、生年月日、住所又は職名		
6	事業所の平面図又は設備の概要		
7	事業所の管理者の氏名、生年月日、住所 又は経歴		
8	相談支援専門員の氏名、生年月日、住所 又は経歴		
9	主たる対象者		
10	運営規程		上記に伴う平面図、運営 規程の変更
11	その他(
変更年月日		年 月 日	

- 備考1 該当項目番号に○を付してください。
2 変更内容がわかる書類を添付してください。
3 変更の日から10日以内に届け出てください。

※変更の生じた日付

第3号様式(第3条関係)

指定特定相談支援事業者
指定障害児相談支援事業者 廃止・休止・再開届出書

年 月 日

(宛先)奈良市長

届出者
(事業者) 住所
(所在地) 氏名
(名称及び代表者氏名) ⑩

次のとおり事業の廃止(休止・再開)をしましたので届け出ます。

事業所番号										
廃止(休止・再開)する事業所	名称									
	所在地									
廃止・休止・再開した年月日		年 月 日								
廃止・休止した理由										
現に指定計画相談支援又は指定障害児相談支援を受けていた者に対する措置 (廃止・休止した場合のみ)										
休止予定期間		年 月 日～				年 月 日				

(注) 1 事業の再開に係る届出にあつては、当該事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態が休止前と異なる場合には、勤務体制・形態一覧表を添付してください。

- 2 再開の日から10日以内に届け出てください。
- 3 廃止・休止の日の1月前までに届け出てください。

(別紙)

現に当該指定計画相談支援等を受けている者について

	氏名	受給者 番号	引き続き サービスの 提供を希 望する旨 の申出の 有無	引き続き当該指定計画相談支援等に相当するサー ビスの提供を希望する者に対し、必要な当該指定 計画相談支援等を継続的に提供する他の当該指定 特定相談支援等事業者の名称
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				

※適宜、欄を追加してください。