

受付番号	
------	--

指 定 更 新 申 請 書

年 月 日

新宿区長 宛て

申請者 所在地
 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所又は児童福祉法に規定する指定障害児相談支援事業所に係る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。

申請者	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					F A X 番 号							
	代表者の職・氏名・生年月日		職名			生年月日			フリガナ		氏 名				
	代 表 者 の 住 所		(郵便番号 —)												
指定の更新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	現に受けている指定の有効期間満了日					備 考						
	特定相談支援事業														
障害児相談支援事業															
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)

- 「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。