

障害児通所給付費等の算定に係る体制等に関する届出書

年 月 日

堺市長 殿

届出者所在地

名称

代表者名

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

届出者	フリガナ 名称			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -) 都道 郡市 府県 市		
	連絡先	電話番号		FAX番号
	法人の種別			法人所轄庁
	代表者の職・氏名	職名		氏名
	代表者の住所	(郵便番号 -) 都道 郡市 府県 市		
事業所(施設)の状況	フリガナ 事業所(施設)の名称			
	事業所(施設)の所在地	(郵便番号 -) 大阪府堺市 区		
	連絡先	電話番号		FAX番号
	管理者の氏名	氏名		
	管理者の住所	(郵便番号 -) 都道 郡市 府県 市		

(裏面有り)

(裏面)

(通所・相談・入所) 支援の種類	指定年月日	異動等の区分	異動年月日	異動項目 (※変更の場合)
	年 月 日	1 新規 2 変更 3 終了	年 月 日	
特 記 事 項	変更前		変更後	
関係書類		別紙のとおり		

注1 「法人の種類」欄は、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「財団法人」、「株式会社」、等の別を記入してください。

注2 「法人所轄庁」欄は、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。

注3 「異動等の区分」欄は、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字に「○」を記入してください。

注4 「異動項目」欄は、(別紙1)「障害児(通所・入所)給付費等の算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目を記載してください。

注5 「特記事項」欄は、異動の状況について具体的に記載してください。