

様式第9号の10の13（第7条の8の7関係）

指定障害児（通所・相談）支援事業者指定申請書

年 月 日

（宛先）旭川市長

申請者 主たる事務所の所在地
名 称
代表者の氏名

指定障害児通所支援事業者
指定障害児相談支援事業者
の指定を受けたいので、児童福祉法 第21条の5の15第1項
第24条の28第1項 の
規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者	ふりがな 名 称			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 —)		
	連絡先	電話番号	FAX番号	
	法人の種類			法人所轄庁
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	ふりがな 氏 名	
	代表者の住所	生年月日	年 月 日	(郵便番号 —)
指定を受けようとする事業者	ふりがな 名 称			
	所在地	(郵便番号 —)		
	事業の種類			
	事業開始予定年月日	年 月 日		
同一所在地において事業	根拠となる法律の名称	事業所等の名称及び種類	指定年月日	事業所番号
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	

(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」、「公益社団法人」、「一般財団法人」、「公益財団法人」等の別を記載してください。
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。