

(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
 指定特定相談支援事業者

の指定の更新を受けたいので、旭川市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施行細則第14条第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			
		生年月日	年 月 日	氏 名			
代表者の住所		(郵便番号 —)					
指 定 を 受 け よ う と す る 事 業 所 ・ 施 設 の 種 類	ふりがな						
	名 称						
	事業所(施設)の所在地		(郵便番号 —)				
	同一所在地において行う事業等の種類		事業実施	指定の有効期間満了日	他法において既に指定を受けている事業所・施設		備 考
					事業実施	法律の名称	
	指定障害福祉サービス事業所						
	指定障害者支援施設						
	指定一般相談支援事業所(地域移行支援)						
	指定一般相談支援事業所(地域定着支援)						
	指定特定相談支援事業所						
事業所番号		(既に指定を受けている場合)					

(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。
 3 「実施事業」欄は、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、該当する欄には「○」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」欄は、今回申請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「○」を記載してください。
 5 「事業所番号」欄は、指定障害福祉サービス事業所等として既に事業所番号が付番されている場合には、その番号を記載してください。複数の番号を有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。