

福山市障がい者等日中生活支援事業に係る変更届出書

年 月 日

福 山 市 長 様

所在地
申請者 名称
(設置者) 代表者名前

次のとおり、協定締結時の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 (施設)	事業所番号	3	4	6	1	3					
	名 称										
	所 在 地	(〒 -)									
	サービスの種類	<input type="checkbox"/> 移動支援 (<input type="checkbox"/> 身体介護 無 <input type="checkbox"/> 身体介護 有 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> グループ支援) <input type="checkbox"/> 日中一時支援 (<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 重心 <input type="checkbox"/> 生活 <input type="checkbox"/> C型)									
変 更 年 月 日						年 月 日					
変 更 事 項						変 更 の 内 容					
1	事業所(施設)の名称					(変更前)			(変更後)		
2	事業所(施設)の所在地, 電話番号, FAX番号										
3	申請者(設置者)の名称										
4	主たる事務所の所在地, 電話番号, FAX番号										
5	代表者の名前及び住所										
6	定款・寄附行為等及び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。)										
7	事業所(施設)の平面図等及び設備の概要										
8	事業所(施設)の管理者の名前及び住所										
9	事業所(施設)のサービス提供責任者の名前及び住所										
10	事業所(施設)のサービス管理責任者の名前及び住所										
11	運営規程										
12	主たる対象者										
13	事業所の種別(併設型・空床型の別)										
14	併設型における利用者の定員数又は空床型における当該施設の入所者の定員										
15	協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約内容										
16	障がい者支援施設等との連携体制及び支援の体制の概要										
17	当該申請に係る事業の開始予定年月日										
18	その他										

記入上の注意

- 2以上の事業所番号で同じ変更がある場合は、別紙に記入すること。
- 変更があった該当項目の番号を○で囲むこと。
- 変更内容が分かる書類を添付すること。
- 変更があった日から10日以内に届け出ること。
- 用紙の大きさは、日本工業規格A列4番とする。

