**指定申請等初回相談申込書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込者 | 法人名 |  | 担当者 |  |
| 電話番号 |  | メール |  |
| 障害福祉サービス事業の指定実績 | □　初めての指定　→ 「指定相談における事前調書」を添付すること□　指定実績あり　（□名古屋市内・□名古屋市以外） |

１．新規の指定を受けたい場合

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 指定希望月 |  | サービス種類 |  |
| 相談内容 | □　指定基準等に関する質問□　図面相談　（建物新築や改修に係る図面チェック、面積やレイアウトのチェック等）□ 申請書類の内容確認□ その他（　　　　　　　　） |

２．変更申請・変更届の場合

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | 事業所番号 |  |
| 変更希望月 |  | サービス種類 |  |
| 相談内容 | □　定員増（生活介護・就労継続支援（Ａ型・Ｂ型））□　定員増　（生活介護、就労継続支援Ａ型・Ｂ型以外）□　施設入所支援で定員増及びサービス種類の変更を行う場合□　事業所の移転、レイアウトの変更□　共同生活援助に係る住居の追加（サテライト型住居を含む） |

３．廃止届・休止届の場合

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | サービス種類 |  |
| 事業所番号 |  |
| 相談内容 | □　廃止　　□　休止　□　再開 | 廃止等予定日 |  |

※障害者支援課使用欄　　　　受付日：

担当者：