

※受付番号

指定特定相談支援事業所  
指定障害児相談支援事業所 指定(更新)申請書

令和 年 月 日

(宛先)名古屋市長

申請者 所在地 名古屋市中区三の丸三丁目1番1号  
名称 社会福祉法人あいち  
代表者氏名 理事長 ○○ ○○

指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所に係る指定(更新)申請書を受けたいので、次のとおり、関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ	シャカイフクシホウジン			代表者の職名を必ず記載すること。
	名称	社会福祉法人 あいち			住所の表記は「丁目・番地」等省略せず、正確に表記すること。
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 460 - 8508 ) 名古屋市中区三の丸三丁目1番1号 ←			
	法人の種別	社会福祉法人	法人所轄庁	名古屋市	
指 定 事 業 種 類	連絡先	電話番号	052-972-3965	FAX番号	052-972-4149
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	理事長	フリガナ	マルマル マルマル
	代表者の住所	(郵便番号 460 - 8509 ) 名古屋市中区四の丸三丁目1番1号			営利法人などは空欄で可。
指 定 ( 更 新 ) 事 業 種 類	フリガナ	ヘルパーギョウショアイチ			代表者の法人登記上の住所を記入すること。
	名称	ヘルパー事業所あいち			
	所在地	(郵便番号 460 - 8508 ) 名古屋市中区三の丸三丁目1番1号			
指 定 事 業 種 類	事業の種類	実施事業	指定申請をする事業の事業開始予定年月日	様式	
	特定相談支援事業	○	令和元年6月1日	付表14	
障害児相談支援事業	○	令和元年6月1日	付表14		
既に特定相談支援事業の指定を受けている場合は記入してください。					
事業所番号					
地域相談支援事業(地域移行支援)の指定を受けている場合は記入してください。					
事業所番号	1	2	3	4	5
指定年月日	平成24年6月1日				
地域相談支援事業(地域定着支援)の指定を受けている場合は記入してください。					
事業所番号	1	2	3	4	5
指定年月日	平成24年6月1日				
介護保険法に規定する居宅介護支援事業の指定を受けている場合は記入してください。					
事業所番号					
指定年月日					
介護保険法に規定する介護予防支援事業の指定を受けている場合は記入してください。					
事業所番号					
指定年月日					

- 注 1 ※印欄は、記入しないでください。
- 「法人の種別」欄には、社会福祉法人、医療法人、一般社団法人、一般財団法人、株式会社等の別を記入してください。
  - 「法人所轄庁」欄には、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。
  - 「実施事業」欄には、今回申請をする事業の種類に「○」を記入してください。
  - 障害児相談支援事業の指定を申請する場合は、併せて特定相談支援事業の指定を申請してください。

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。