

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  
 指定内容変更届出書

年 月 日

届出者 主たる事務所の所在地  
 名称  
 代表者の氏名

印

次のとおり指定を受けた内容に変更があったので、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  
 第46条第1項 第46条第3項 第51条の25第1項 第51条の25第3項の規定により届け出ます。

指定内容を変更した事業所(施設)		事業所番号
		名称 所在地 サービスの種類
変更があった事項		変更の内容
1	事業所(施設)の名称	(変更前)
2	事業所(施設)の所在地(設置の場所)	
3	申請者(設置者)の名称	
4	主たる事務所の所在地	
5	代表者の氏名, 生年月日, 住所又は職名	
6	※定款等若しくは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。) 「※定款等」は就労継続支援A型事業所のみ	
7	提供する障害福祉サービスの種類	
8	第三者に委託することにより提供する障害福祉 サービスの種類又は第三者の事業所の名称若し しくは所在地	
9	事業所(施設)の平面図又は設備の概要	
10	事業所(施設)の管理者の氏名, 生年月日, 住所 又は経歴	
11	事業所のサービス提供責任者の氏名, 生年月 日, 住所又は経歴	(変更後)
12	事業所(施設)のサービス管理責任者の氏名, 生 年月日, 住所又は経歴	
13	事業所の相談支援専門員の氏名, 生年月日, 住 所又は経歴	
14	主たる対象者	
15	運営規程	
16	事業所の種別(併設型・空床型の別)	
17	併設型における利用者の推定数又は空床型にお ける当該施設の入所定員	
18	協力医療機関の名称若しくは診療科名又は当該 協力医療機関との契約の内容	
19	他の障害福祉サービス事業者等との連携体制又 は支援体制の概要	
20	連携する公共職業安定所等の名称	
変更年月日		年月日

注 1 該当する事項の番号を「○」で囲むこと。

2 変更の内容が確認できる書類その他知事が別に定める書類を添付すること。

なお、当該変更が利用者の定員の増加に伴うものである場合は、従業員の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類を併せて添付すること。

3 変更の日から10日以内に届け出ること。

(様式第3号)

## 廃止・休止・再開届出書

年 月 日

長崎県知事 殿

事業 者 (所在地) 住 所  
氏 名 印  
(名称及び代表者氏名)

次のとおり事業の廃止(休止・再開)をしましたので届け出ます。

事業所番号	
廃止(休止・再開)する事業所	名 称
	サービスの種類
	所 在 地
廃止・休止・再開した年月日	平成 年 月 日
廃止・休止した理由	
現に指定障害福祉サービスを受けていた者 に対する措置(廃止・休止した場合のみ)	
休止予定期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日

- (注) 1 事業の再開に係る届出にあつては、当該事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態が休止前と異なる場合には、勤務体制・形態一覧表を添付してください。  
2 再開の場合は、休止した事業を再開した日から10日以内に届け出てください。  
3 休止または廃止の場合は、事業を廃止または休止しようとする日の1か月前までに届け出てください。

(様式第4号)

## 指 定 辞 退 届 出 書

年 月 日

長崎県知事 殿

法人所在地  
法人名  
代表者職氏名

印

次のとおり指定を辞退したいので届け出ます。

指定を辞退する施設	事業所番号
	名 称
	所 在 地
指定を受けた年月日	平成 年 月 日
指定を辞退する年月日	平成 年 月 日
指定を辞退する理由	
現に施設に入所している者に対する措置	

(注)指定を辞退する日の3月前までに届け出てください。