

(様式第5号)

障害児（通所・入所）給付費算定に係る体制等に関する届出書

令和 年 月 日

長 崎 県 知 事 殿

届出者 所在地  
法人名  
代表者名  
事業所名  
事業所番号

印

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

届出者	フリガナ 名称				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー ) 県 郡市			
	連絡先	電話番号		F A X 番号	
	法人の種別			法人所轄庁	
	代表者の職・氏名	職名		氏名	
	代表者の住所	(郵便番号 ー ) 県 郡市			
施設の状況	主たる事業所の所在地	(郵便番号 ー ) 県 郡市			
	連絡先	電話番号		F A X 番号	
	管理者の氏名	職名		氏名	
	管理者の住所	(郵便番号 ー ) 県 郡市			

(通所・入所) 支援の種類	指定年月日	異動等の区分	異動年月日	異動項目 (※変更の場合)
		1 新規 2 変更 3 終了		
		1 新規 2 変更 3 終了		
		1 新規 2 変更 3 終了		
		1 新規 2 変更 3 終了		
特 記 事 項	変更前		変更後	
関係書類		別紙のとおり		

注1 「法人の種別欄」は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」、「医療法人」、「社団法人」、「財団法人」、「株式会社」、「有限会社」等の別を記入してください。

注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。

注3 「異動等の区分」欄は、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字に「○」を記入してください。

注4 「異動項目」欄は、(別紙1)「障害児(通所・入所)給付費等の算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目を記載してください。

注5 「特記事項」欄は、異動の状況について具体的に記載してください。

注6 行が不足する場合は、適宜追加してください。