

指定障害福祉サービス事業所/指定障害者支援施設
指定障害児通所支援事業所/指定障害児入所施設
指定特定相談支援事業所/指定一般相談支援事業所/指定障害児相談支援事業所
変更届出書

令和 年 月 日

宇都宮 市長 様

申請者	所在地
	名称
	代表者氏名

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

		事業所番号											
指定を受けた内容を変更した事業所又は施設		名称											
		所在地											
サービスの種類													
変更年月日		年 月 日											
変更があった事項(該当に○)		変更の内容											
	事業所(施設)の名称	(変更前)											
	事業所(施設)の所在地												
	事業所(施設)の連絡先(電話番号)												
	申請者の名称												
	申請者の主たる事務所の所在地												
	申請者の代表者の氏名、生年月日、住所及び職名												
	法人等の種類												
	登記事項証明書又は条例等(当該事業に関するものに限る。)												
	共生型サービスの該当有無												
	事業所(施設)の構造概要・平面図・設備の概要												
	利用者又は入所者の定員	(変更後)											
	管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴												
	サービス管理(提供)責任者又は児童発達支援管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴												
	指定地域相談支援の提供に当たる者又は相談支援専門員の氏名、生年月日、住所及び経歴												
	運営規程												
	協力医療機関・協力歯科医療機関の名称・診療科名・契約内容												
	提携就労支援機関の名称												
	提供する障害福祉サービス等の種類												
	第三者委託により提供する障害福祉サービス等の種類等												
	事業実施形態(事業所の種別等)												
	従業者の勤務の体制及び勤務形態												
	その他												

- (備考) 1 変更届の提出に際しては、必要書類を添付してください。
2 「変更があった事項」の「変更の内容」は、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように記入してください。

記入例

指定障害福祉サービス事業所/指定障害者支援施設
指定障害児通所支援事業所/指定障害児入所施設
指定特定相談支援事業所/指定一般相談支援事業所/指定障害児相談支援事業所
変更届出書

届出日を記入
期限は変更から10日以内

令和7 年 4 月 1 日

宇都宮 市長 様

申請者

所在地
名称
代表者氏名

栃木県宇都宮市〇〇町〇〇-〇
学校法人 〇〇学園
理事長 宇都宮 一郎

押印不要です

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

		事業所番号	0	9	1	2	3	4	5	6	7	8
指定を受けた内容を変更した事業所又は施設		名称	児童発達支援〇〇〇〇									
		所在地	栃木県宇都宮市〇〇町〇-〇 △△マンション1F									
		サービスの種類	児童発達支援									
変更を行う事項に○	変更年月日		令和7 年 4 月 1 日									
	変更があった事項(該当に○)		変更の内容									
	事業所(施設)の名称	(変更前)										
	事業所(施設)の所在地	変更前の情報										
	事業所(施設)の連絡先(電話番号)	児童発達支援管理責任者										
	申請者の名称	宇都宮 一郎										
	申請者の主たる事務所の所在地	19××/×/×										
	申請者の代表者の氏名、生年月日、住所及び職名	宇都宮市〇〇町123-4										
	法人等の種類											
	登記事項証明書又は条例等(当該事業に関するものに限る。)											
	共生型サービスの該当有無											
	事業所(施設)の構造概要・平面図・設備の概要											
	利用者又は入所者の定員	(変更後)										
	管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴	変更後の情報										
○	サービス管理(提供)責任者又は児童発達支援管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴	児童発達支援管理責任者										
	指定地域相談支援の提供に当たる者又は相談支援専門員の氏名、生年月日、住所及び経歴	宇都宮 花子										
	運営規程	19××/×/×										
	協力医療機関・協力歯科医療機関の名称・診療科名・契約内容	〇〇市〇〇町567										
	提携就労支援機関の名称											
	提供する障害福祉サービス等の種類											
	第三者委託により提供する障害福祉サービス等の種類等											
	事業実施形態(事業所の種別等)											
	従業者の勤務の体制及び勤務形態											
	その他											

(備考) 1 変更届の提出に際しては、必要書類を添付してください。

2 「変更があった事項」の「変更の内容」は、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように記入してください。