別記第２号様式（第４条関係）

変更届出書

年　　月　　日

　　　北海道知事　様

所　在　地

名　　　称

代表者氏名　　　　　　　　　印

児童福祉法第21条の５の20第３項（第24条の13第３項）の規定により、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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定内容を変更した事業所（施設） | 所在地 |  |
| 名称 |  |
| 支援の種類 |  |
| 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）（変更後） |
| 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、住所及び職名 |
| ６ | 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。） |
| ７ | 医療法第７条の許可を受けた病院であること。 |
| ８ | 事業所（施設）の構造概要及び平面図並びに設備の概要 |
| ９ | 事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴 |
| 10 | 事業所（施設）の児童発達支援管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴 |
| 11 | 運営規程 |
| 変　　　更　　　年　　　月　　　日 | 年　　月　　日 |

備考

１　該当項目番号に○を付してください。

２　変更内容が分かる書類を添付してください。

３　変更の日から10日以内に届け出てください。

４　障害児通所支援（保育所等訪問支援及び居宅訪問型児童発達支援を除く。）の利用者の定員の増加に伴うものは、当該障害児通所支援に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類を添付してください。