

障発 0401 第 25 号
こ支障 第 105 号
令和 6 年 4 月 1 日

各 都道府県知事
指定都市市長 殿
中核市市長
児童相談所設置市市長

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長
(公 印 省 略)
こども家庭庁支援局長
(公 印 省 略)

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施行規則等の 一部改正について

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（平成 17 年法律第 123 号）に基づく指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設の設置者及び指定相談支援事業者（以下「指定障害福祉サービス事業者等」という。）並びに児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）に基づく指定障害児通所支援事業者、指定障害児入所施設の設置者及び指定障害児相談支援事業者（以下「指定障害児通所支援事業者等」という。）は、名称または氏名、主たる事務所等の業務管理体制を整備するとともに、当該業務管理体制の整備に関する事項に変更があったときは、遅滞なく、当該事項を届け出るべきとされている者（以下「監督権者」という。）に対して届け出ることが義務付けられているところであるが、「令和 5 年の地方からの提案等に関する対応方針」（令和 5 年 12 月 22 日閣議決定）において、指定届出事項変更手続において届け出るべき事項と重複する事項に係る業務管理体制整備届出事項変更手続について令和 5 年度中に見直しを行うとされたことを踏まえ、今般、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施行規則（平成 18 年厚生労働省令第 19 号）及び児童福祉法施行規則（昭和 23 年厚生省令第 11 号）について、別紙のとおり必要な改正を行ったところである。

各都道府県、指定都市、中核市、児童相談所設置市におかれては下記の改正の概要等を御了知の上、指定障害福祉サービス事業者等及び指定障害児通所支援事業者等の関係者へ適切に周知されたい。

記

1 改正の概要

監督権者と指定権者が同一の自治体であり、指定障害福祉サービス事業者等又は指定障害児通所支援事業者等から指定届出事項変更手続に関する規定に基づき、主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名に係る変更届出を受けたことにより、業務管理体制整備届出事項変更手続における同事項に係る事実の確認に支障がないと認めるときは、当該届出書の記載又は届出を省略させることができることとする。

2 改正に伴う参考様式の見直し

1に示す改正に伴い、「障害福祉サービス事業者等における業務管理体制の整備について」(平成24年3月39日付け都道府県障害保健福祉主管担当者あて厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課監査指導室事務連絡)【別添資料】の資料2「障害者(児)施設・事業者の管理体制の整備の届出に関する規則(参考例)」で示している業務管理体制届出書の参考様式について、下記のとおり見直すこととする。

- (1) 指定障害福祉サービス事業者変更届出書、指定障害者支援施設変更届出書、指定相談支援事業者変更届出書(兼 障害福祉サービス事業等変更届出書)関係(参考様式様式第2号関係)の見直し

指定障害福祉サービス事業所等の指定に係る事項の変更の届出先(以下「指定権者」という。)と指定障害福祉サービス事業所等の業務管理体制の整備に関する事項の変更の届出先(以下「監督権者」という。)が同一の自治体であり、かつ、変更事項が「4 主たる事務所の所在地」若しくは「5 代表者の氏名又は住所」のみの場合に限り、同事項に係る事実の確認に支障がないと認めるときは、監督権者への変更の届出については、指定権者への変更の届出があったことをもって変更の届出の提出を省略させることができる。

- (2) 指定障害児通所支援事業者変更届出書、指定障害児入所施設変更届出書、(兼 障害児通所支援事業等変更届出書)関係(参考様式 様式第2-2号関係)の見直し

指定障害児通所支援事業所等の指定に係る事項の変更の届出先(以下「指定権者」という。)と指定障害児通所支援事業所等の業務管理体制の整備に関する事項の変更の届出先(以下「監督権者」という。)が同一の自治体であり、かつ、変更事項が「4 主たる事務所の所在地」若しくは「5 代表者の氏名又は住所」のみの場合に限り、同事項に係る事実の確認に支障がないと認めるときは、監督権者への変更の届出については、指定権者への変更の届出があったことをもって変更の届出の提出を省略させることができる。

2 施行日

令和6年4月1日等

(就労選択支援に係る指定届出事項変更手続に関する改正規定は、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等の一部を改正する法律(令和4年法律第104号)付則第1条第4号に掲げる規定の施行の日)

3 留意事項

- (1) 業務管理体制の届出書は参考様式であり、各自治体で独自の様式を作成している場合は、今回の改正を踏まえた様式の見直し及び管内障害福祉サービス事業者等及び指定障害児通所支援事業者等に必要に応じて適切に周知いただくようお願いする。
- (2) 各自治体において、障害福祉サービス事業者等及び指定障害児通所支援事業所等の業務管理体制の届出書の提出先担当部局が異なる場合は、担当部局で適切に連携を諮るようお願いする。

対比表（第3号様式）

変更後	変更前																																								
第3号様式	第3号様式																																								
受付番号	受付番号																																								
障害者総合支援法に基づく業務管理体制の整備に関する事項の届出書（届出事項の変更）	障害者総合支援法に基づく業務管理体制の整備に関する事項の届出書（届出事項の変更）																																								
令和 年 月 日	令和 年 月 日																																								
行政機関の長 殿	行政機関の長 殿																																								
事業者 名 称 代表者氏名	事業者 名 称 代表者氏名																																								
このことについて、下記のとおり関係書類を添えて届け出ます。	このことについて、下記のとおり関係書類を添えて届け出ます。																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">事業者（法人）番号</td> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>	事業者（法人）番号																				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">事業者（法人）番号</td> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>	事業者（法人）番号																			
事業者（法人）番号																																									
事業者（法人）番号																																									
変 更 が あ っ た 事 項	変 更 が あ っ た 事 項																																								
1、法人の種別、名称（フリガナ） 2、主たる事務所の所在地、電話、FAX番号 3、代表者氏名（フリガナ）、生年月日 4、代表者の住所、職名 5、事業所名称等及び所在地 6、法令遵守責任者の氏名（フリガナ）及び生年月日 7、業務が法令に適合することを確保するための規程の概要 8、業務執行の状況の監査の方法の概要	1、法人の種別、名称（フリガナ） 2、主たる事務所の所在地、電話、FAX番号 3、代表者氏名（フリガナ）、生年月日 4、代表者の住所、職名 5、事業所名称等及び所在地 6、法令遵守責任者の氏名（フリガナ）及び生年月日 7、業務が法令に適合することを確保するための規程の概要 8、業務執行の状況の監査の方法の概要																																								
変 更 の 内 容	変 更 の 内 容																																								
(変更前)	(変更前)																																								
(変更後)	(変更後)																																								
(注) 指定障害福祉サービス事業者等の指定に係る事項の変更の届出先（以下「指定権者」という。）と指定障害福祉サービス事業者等の業務管理体制の整備に関する事項の変更の届出先（以下「監督権者」という。）が同一の自治体であり、指定障害福祉サービス事業者等から指定届出事項変更手続に関する規定に基づき、主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名に係る変更届出を受けたことにより、業務管理体制整備届出事項変更手続における同事項に係る事実の確認に支障がないと認めるときは、この届出書の記載又は届出を省略できます。 なお、上記により監督権者への変更の届出の提出を省略した場合には、指定権者から監督権者へ指定障害福祉サービス事業所等の指定に係る事項の変更の届出書の様式の回付をお願いします。	（日本工業規格A列4番）																																								
（日本工業規格A列4番）																																									

対比表（第4号様式）

変更後	変更前																																								
第4号様式	第4号様式																																								
受付番号	受付番号																																								
児童福祉法に基づく業務管理体制の整備に関する事項の届出書（届出事項の変更）	児童福祉法に基づく業務管理体制の整備に関する事項の届出書（届出事項の変更）																																								
令和 年 月 日	令和 年 月 日																																								
行政機関の長 殿	行政機関の長 殿																																								
事業者 名 称 代表者氏名	事業者 名 称 代表者氏名																																								
このことについて、下記のとおり関係書類を添えて届け出ます。	このことについて、下記のとおり関係書類を添えて届け出ます。																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">事業者（法人）番号</td> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>	事業者（法人）番号																				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">事業者（法人）番号</td> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>	事業者（法人）番号																			
事業者（法人）番号																																									
事業者（法人）番号																																									
変 更 が あ っ た 事 項	変 更 が あ っ た 事 項																																								
1、法人の種別、名称（フリガナ） 2、主たる事務所の所在地、電話、FAX番号 3、代表者氏名（フリガナ）、生年月日 4、代表者の住所、職名 5、事業所名称等及び所在地 6、法令遵守責任者の氏名（フリガナ）及び生年月日 7、業務が法令に適合することを確保するための規程の概要 8、業務執行の状況の監査の方法の概要	1、法人の種別、名称（フリガナ） 2、主たる事務所の所在地、電話、FAX番号 3、代表者氏名（フリガナ）、生年月日 4、代表者の住所、職名 5、事業所名称等及び所在地 6、法令遵守責任者の氏名（フリガナ）及び生年月日 7、業務が法令に適合することを確保するための規程の概要 8、業務執行の状況の監査の方法の概要																																								
変 更 の 内 容	変 更 の 内 容																																								
(変更前)	(変更前)																																								
(変更後)	(変更後)																																								
(注) 指定障害児通所支援事業者等の指定に係る事項の変更の届出先（以下「指定権者」という。）と指定障害児通所支援事業者等の業務管理体制の整備に関する事項の変更の届出先（以下「監督権者」という。）が同一の自治体であり、指定障害児通所支援事業者等から指定届出事項変更手続に関する規定に基づき、主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名に係る変更届出を受けたことにより、業務管理体制整備届出事項変更手続における同事項に係る事実の確認に支障がないと認めるときは、この届出書の記載又は届出を省略できます。 なお、上記により監督権者への変更の届出の提出を省略した場合には、指定権者から監督権者へ指定障害児通所支援事業者等の指定に係る事項の変更の届出書の様式の回付をお願いします。	（日本工業規格A列4番）																																								
（日本工業規格A列4番）																																									

対比表（様式第2号）

変更後	変更前																																																																																																																																																																																								
<p>(様式第2号) (電話)) (FAX))</p> <p><input type="checkbox"/> 指定障害福祉サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定障害者支援施設 変更届出書 <input type="checkbox"/> 指定相談支援事業者 兼 障害福祉サービス事業等変更届出書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>(あて先) ○○市長</p> <p style="text-align: right;">所在地 事業者名称 (設置者) 代表者</p> <p>次のとおり指定内容を変更しましたので、関係書類を添えて届け出ます。</p> <p><input type="checkbox"/> 指定障害福祉サービス事業所等の指定に係る事項の変更の届出先（以下「指定権者」という。）と指定障害福祉サービス事業所等の業務管理体制の整備に関する事項の変更の届出先（以下「監督権者」という。）が同一の自治体であり、かつ、変更事項が「4 主たる事務所の所在地」若しくは「5 代表者の氏名又は住所」のみの場合に限り、同事項に係る事実の確認に支障がないと認めるときは、監督権者への変更の届出については、指定権者への変更の届出があったことをもって変更の届出の提出を省略させることができることとされているので、その場合には左のチェックボックス（<input type="checkbox"/>）に✓を付けてください。 なお、当該変更届出を受理した指定権者は、当該変更届出の写しを監督権者へ回付してください。</p>	<p>(様式第2号) (電話)) (FAX))</p> <p><input type="checkbox"/> 指定障害福祉サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定障害者支援施設 変更届出書 <input type="checkbox"/> 指定相談支援事業者 兼 障害福祉サービス事業等変更届出書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>(あて先) ○○市長</p> <p style="text-align: right;">所在地 事業者名称 (設置者) 代表者</p> <p>次のとおり指定内容を変更しましたので、関係書類を添えて届け出ます。</p>																																																																																																																																																																																								
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:20%;"></td> <td style="width:10%;">事業所番号(児)</td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>事業所番号(者)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">指定(届出)内容を変更した事業所(施設)</td> <td>名称</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>サービスの種類</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:50%;">変更があった事項</th> <th style="width:50%;">変更の内容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 事業所(施設)の名称</td> <td>(変更前)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 事業所(施設)の所在地(設置の場所)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3 申請者(設置者)の名称</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4 主たる事務所の所在地</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5 代表者の氏名、生年月日、住所、職名</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 6 ※定款等、若しくは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</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7 事業所(施設)の平面図又は設備の概要</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8 事業所(施設)の管理者の氏名又は住所</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9 事業所のサービス提供責任者の氏名又は住所</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10 事業所のサービス管理責任者の氏名又は住所</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 11 事業所の相談支援専門員の氏名又は住所</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 12 主たる対象者</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 13 運営規程</td> <td>(変更後)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 14 事業所の種別(併設型・空床型の別)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 15 併設型における利用定員数又は空床型における当該施設の入所者の定員</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 16 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内容</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 17 障害者支援施設等との連携体制又は支援の体制の概要</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 18 併設する施設がある場合の当該併設する施設の概要</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 19 同一敷地内にある入所施設又は病院の概要</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 20 その他</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">変更年月日</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> </tr> </tbody> </table>		事業所番号(児)										事業所番号(者)									指定(届出)内容を変更した事業所(施設)	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	<input type="checkbox"/> 1 事業所(施設)の名称	(変更前)	<input type="checkbox"/> 2 事業所(施設)の所在地(設置の場所)		<input type="checkbox"/> 3 申請者(設置者)の名称		<input type="checkbox"/> 4 主たる事務所の所在地		<input type="checkbox"/> 5 代表者の氏名、生年月日、住所、職名		<input type="checkbox"/> 6 ※定款等、若しくは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		<input type="checkbox"/> 7 事業所(施設)の平面図又は設備の概要		<input type="checkbox"/> 8 事業所(施設)の管理者の氏名又は住所		<input type="checkbox"/> 9 事業所のサービス提供責任者の氏名又は住所		<input type="checkbox"/> 10 事業所のサービス管理責任者の氏名又は住所		<input type="checkbox"/> 11 事業所の相談支援専門員の氏名又は住所		<input type="checkbox"/> 12 主たる対象者		<input type="checkbox"/> 13 運営規程	(変更後)	<input type="checkbox"/> 14 事業所の種別(併設型・空床型の別)		<input type="checkbox"/> 15 併設型における利用定員数又は空床型における当該施設の入所者の定員		<input type="checkbox"/> 16 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内容		<input type="checkbox"/> 17 障害者支援施設等との連携体制又は支援の体制の概要		<input type="checkbox"/> 18 併設する施設がある場合の当該併設する施設の概要		<input type="checkbox"/> 19 同一敷地内にある入所施設又は病院の概要		<input type="checkbox"/> 20 その他		変更年月日	年 月 日	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:20%;"></td> <td style="width:10%;">事業所番号(児)</td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>事業所番号(者)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">指定(届出)内容を変更した事業所(施設)</td> <td>名称</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>サービスの種類</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:50%;">変更があった事項</th> <th style="width:50%;">変更の内容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 事業所(施設)の名称</td> <td>(変更前)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 事業所(施設)の所在地(設置の場所)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3 申請者(設置者)の名称</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4 主たる事務所の所在地</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5 代表者の氏名又は住所</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 6 ※定款等、若しくは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</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7 事業所(施設)の平面図又は設備の概要</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8 事業所(施設)の管理者の氏名又は住所</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9 事業所のサービス提供責任者の氏名又は住所</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10 事業所のサービス管理責任者の氏名又は住所</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 11 事業所の相談支援専門員の氏名又は住所</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 12 主たる対象者</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 13 運営規程</td> <td>(変更後)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 14 事業所の種別(併設型・空床型の別)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 15 併設型における利用定員数又は空床型における当該施設の入所者の定員</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 16 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内容</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 17 障害者支援施設等との連携体制又は支援の体制の概要</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 18 併設する施設がある場合の当該併設する施設の概要</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 19 同一敷地内にある入所施設又は病院の概要</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 20 その他</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">変更年月日</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> </tr> </tbody> </table>		事業所番号(児)										事業所番号(者)									指定(届出)内容を変更した事業所(施設)	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	<input type="checkbox"/> 1 事業所(施設)の名称	(変更前)	<input type="checkbox"/> 2 事業所(施設)の所在地(設置の場所)		<input type="checkbox"/> 3 申請者(設置者)の名称		<input type="checkbox"/> 4 主たる事務所の所在地		<input type="checkbox"/> 5 代表者の氏名又は住所		<input type="checkbox"/> 6 ※定款等、若しくは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		<input type="checkbox"/> 7 事業所(施設)の平面図又は設備の概要		<input type="checkbox"/> 8 事業所(施設)の管理者の氏名又は住所		<input type="checkbox"/> 9 事業所のサービス提供責任者の氏名又は住所		<input type="checkbox"/> 10 事業所のサービス管理責任者の氏名又は住所		<input type="checkbox"/> 11 事業所の相談支援専門員の氏名又は住所		<input type="checkbox"/> 12 主たる対象者		<input type="checkbox"/> 13 運営規程	(変更後)	<input type="checkbox"/> 14 事業所の種別(併設型・空床型の別)		<input type="checkbox"/> 15 併設型における利用定員数又は空床型における当該施設の入所者の定員		<input type="checkbox"/> 16 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内容		<input type="checkbox"/> 17 障害者支援施設等との連携体制又は支援の体制の概要		<input type="checkbox"/> 18 併設する施設がある場合の当該併設する施設の概要		<input type="checkbox"/> 19 同一敷地内にある入所施設又は病院の概要		<input type="checkbox"/> 20 その他		変更年月日	年 月 日
	事業所番号(児)																																																																																																																																																																																								
	事業所番号(者)																																																																																																																																																																																								
指定(届出)内容を変更した事業所(施設)	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																																																																																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 1 事業所(施設)の名称	(変更前)																																																																																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 2 事業所(施設)の所在地(設置の場所)																																																																																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 3 申請者(設置者)の名称																																																																																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 4 主たる事務所の所在地																																																																																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 5 代表者の氏名、生年月日、住所、職名																																																																																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 6 ※定款等、若しくは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																																																																																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 7 事業所(施設)の平面図又は設備の概要																																																																																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 8 事業所(施設)の管理者の氏名又は住所																																																																																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 9 事業所のサービス提供責任者の氏名又は住所																																																																																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 10 事業所のサービス管理責任者の氏名又は住所																																																																																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 11 事業所の相談支援専門員の氏名又は住所																																																																																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 12 主たる対象者																																																																																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 13 運営規程	(変更後)																																																																																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 14 事業所の種別(併設型・空床型の別)																																																																																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 15 併設型における利用定員数又は空床型における当該施設の入所者の定員																																																																																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 16 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内容																																																																																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 17 障害者支援施設等との連携体制又は支援の体制の概要																																																																																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 18 併設する施設がある場合の当該併設する施設の概要																																																																																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 19 同一敷地内にある入所施設又は病院の概要																																																																																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 20 その他																																																																																																																																																																																									
変更年月日	年 月 日																																																																																																																																																																																								
	事業所番号(児)																																																																																																																																																																																								
	事業所番号(者)																																																																																																																																																																																								
指定(届出)内容を変更した事業所(施設)	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																																																																																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 1 事業所(施設)の名称	(変更前)																																																																																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 2 事業所(施設)の所在地(設置の場所)																																																																																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 3 申請者(設置者)の名称																																																																																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 4 主たる事務所の所在地																																																																																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 5 代表者の氏名又は住所																																																																																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 6 ※定款等、若しくは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																																																																																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 7 事業所(施設)の平面図又は設備の概要																																																																																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 8 事業所(施設)の管理者の氏名又は住所																																																																																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 9 事業所のサービス提供責任者の氏名又は住所																																																																																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 10 事業所のサービス管理責任者の氏名又は住所																																																																																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 11 事業所の相談支援専門員の氏名又は住所																																																																																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 12 主たる対象者																																																																																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 13 運営規程	(変更後)																																																																																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 14 事業所の種別(併設型・空床型の別)																																																																																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 15 併設型における利用定員数又は空床型における当該施設の入所者の定員																																																																																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 16 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内容																																																																																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 17 障害者支援施設等との連携体制又は支援の体制の概要																																																																																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 18 併設する施設がある場合の当該併設する施設の概要																																																																																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 19 同一敷地内にある入所施設又は病院の概要																																																																																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 20 その他																																																																																																																																																																																									
変更年月日	年 月 日																																																																																																																																																																																								
<p>(注) 1 あてはまる表題、及び変更があった事項の口にし印を付けてください。 2 変更内容がわ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 指定管理事業所(施設)の場合は、右上の電話・FAX欄に指定管理者(運営法人)の連絡先を記入してください。</p>	<p>(注) 1 あてはまる表題、及び変更があった事項の口にし印を付けてください。 2 変更内容がわ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 指定管理事業所(施設)の場合は、右上の電話・FAX欄に指定管理者(運営法人)の連絡先を記入してください。</p>																																																																																																																																																																																								

対比表（様式第2-2号）

変更後	変更前																																																																																										
<p>(様式第2-2号) (電話番号)) (F A X))</p> <p><input type="checkbox"/> 指定障害児通所支援事業者 変更届出書 <input type="checkbox"/> 指定障害児入所施設 兼 障害児通所支援事業等</p> <p>(あて先) 〇〇市長</p> <p style="text-align: right;">事業者所在地 (設置者)名称 代表者</p> <p>次のとおり指定内容を変更しましたので、関係書類を添えて届け出ます。</p> <p><input type="checkbox"/> 指定障害児通所支援事業所等の指定に係る事項の変更の届出先（以下「指定権者」という。）と指定障害児通所支援事業所等の業務管理体制の整備に関する事項の変更の届出先（以下「監督権者」という。）が同一の自治体であり、かつ、変更事項が「4 主たる事務所の所在地」若しくは「5 代表者の氏名又は住所」のみの場合に限り、同事項に係る事実の確認に支障がないと認めるときは、監督権者への変更の届出については、指定権者への変更の届出があったことをもって変更の届出の提出を省略させることができることとされているので、その場合には左のチェックボックス（<input type="checkbox"/>）に✓を付してください。 なお、当該変更届出を受理した指定権者は、当該変更届出の写しを監督権者へ回付してください。</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="4" style="width:30%; text-align: center;">指定（届出）内容を変更した事業所（施設）</td> <td style="width:20%;">事業所番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>名称</td> <td></td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td></td> </tr> <tr> <td>サービスの種類</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">変 更 が あ っ た 事 項</td> <td style="text-align: center;">変 更 の 内 容</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 事業所（施設）の名称</td> <td rowspan="7" style="text-align: center;">(変更前)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 事業所（施設）の所在地（設置の場所）</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3 申請者（設置者）の名称</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4 主たる事務所の所在地</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5 代表者の氏名、生年月日、住所、職名</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 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。）</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7 医療法第7条の許可を受けた病院又は診療所であること</td> <td rowspan="8" style="text-align: center;">(変更後)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8 事業所（施設）の平面図又は設備の概要</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9 事業所（施設）の管理者の氏名又は住所</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10 事業所（施設）の児童発達支援管理責任者の氏名又は住所</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 11 主たる対象者</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 12 運営規程</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 13 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内容</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 14 その他</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">変 更 年 月 日</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> <td></td> </tr> </table> <p>(注) 1 あてはまる表題、及び変更があった事項の□にレ印を付してください。 2 変更内容がわ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 指定管理事業所（施設）の場合は、右上の電話・FAX欄に指定管理者（運営法人）の連絡先を記入してください。</p>	指定（届出）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		<input type="checkbox"/> 1 事業所（施設）の名称	(変更前)		<input type="checkbox"/> 2 事業所（施設）の所在地（設置の場所）		<input type="checkbox"/> 3 申請者（設置者）の名称		<input type="checkbox"/> 4 主たる事務所の所在地		<input type="checkbox"/> 5 代表者の氏名、生年月日、住所、職名		<input type="checkbox"/> 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。）		<input type="checkbox"/> 7 医療法第7条の許可を受けた病院又は診療所であること	(変更後)		<input type="checkbox"/> 8 事業所（施設）の平面図又は設備の概要		<input type="checkbox"/> 9 事業所（施設）の管理者の氏名又は住所		<input type="checkbox"/> 10 事業所（施設）の児童発達支援管理責任者の氏名又は住所		<input type="checkbox"/> 11 主たる対象者		<input type="checkbox"/> 12 運営規程		<input type="checkbox"/> 13 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内容		<input type="checkbox"/> 14 その他		変 更 年 月 日	年 月 日		<p>(様式第2-2号) (電話番号)) (F A X))</p> <p><input type="checkbox"/> 指定障害児通所支援事業者 変更届出書 <input type="checkbox"/> 指定障害児入所施設 兼 障害児通所支援事業等</p> <p>(あて先) 〇〇市長</p> <p style="text-align: right;">事業者所在地 (設置者)名称 代表者</p> <p>次のとおり指定内容を変更しましたので、関係書類を添えて届け出ます。</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="4" style="width:30%; text-align: center;">指定（届出）内容を変更した事業所（施設）</td> <td style="width:20%;">事業所番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>名称</td> <td></td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td></td> </tr> <tr> <td>サービスの種類</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">変 更 が あ っ た 事 項</td> <td style="text-align: center;">変 更 の 内 容</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 事業所（施設）の名称</td> <td rowspan="7" style="text-align: center;">(変更前)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 事業所（施設）の所在地（設置の場所）</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3 申請者（設置者）の名称</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4 主たる事務所の所在地</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5 代表者の氏名又は住所</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 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。）</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7 医療法第7条の許可を受けた病院又は診療所であること</td> <td rowspan="8" style="text-align: center;">(変更後)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8 事業所（施設）の平面図又は設備の概要</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9 事業所（施設）の管理者の氏名又は住所</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10 事業所（施設）の児童発達支援管理責任者の氏名又は住所</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 11 主たる対象者</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 12 運営規程</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 13 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内容</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 14 その他</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">変 更 年 月 日</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> <td></td> </tr> </table> <p>(注) 1 あてはまる表題、及び変更があった事項の□にレ印を付してください。 2 変更内容がわ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 指定管理事業所（施設）の場合は、右上の電話・FAX欄に指定管理者（運営法人）の連絡先を記入してください。</p>	指定（届出）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		<input type="checkbox"/> 1 事業所（施設）の名称	(変更前)		<input type="checkbox"/> 2 事業所（施設）の所在地（設置の場所）		<input type="checkbox"/> 3 申請者（設置者）の名称		<input type="checkbox"/> 4 主たる事務所の所在地		<input type="checkbox"/> 5 代表者の氏名又は住所		<input type="checkbox"/> 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。）		<input type="checkbox"/> 7 医療法第7条の許可を受けた病院又は診療所であること	(変更後)		<input type="checkbox"/> 8 事業所（施設）の平面図又は設備の概要		<input type="checkbox"/> 9 事業所（施設）の管理者の氏名又は住所		<input type="checkbox"/> 10 事業所（施設）の児童発達支援管理責任者の氏名又は住所		<input type="checkbox"/> 11 主たる対象者		<input type="checkbox"/> 12 運営規程		<input type="checkbox"/> 13 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内容		<input type="checkbox"/> 14 その他		変 更 年 月 日	年 月 日	
指定（届出）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																																																																																										
<input type="checkbox"/> 1 事業所（施設）の名称	(変更前)																																																																																										
<input type="checkbox"/> 2 事業所（施設）の所在地（設置の場所）																																																																																											
<input type="checkbox"/> 3 申請者（設置者）の名称																																																																																											
<input type="checkbox"/> 4 主たる事務所の所在地																																																																																											
<input type="checkbox"/> 5 代表者の氏名、生年月日、住所、職名																																																																																											
<input type="checkbox"/> 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。）																																																																																											
<input type="checkbox"/> 7 医療法第7条の許可を受けた病院又は診療所であること		(変更後)																																																																																									
<input type="checkbox"/> 8 事業所（施設）の平面図又は設備の概要																																																																																											
<input type="checkbox"/> 9 事業所（施設）の管理者の氏名又は住所																																																																																											
<input type="checkbox"/> 10 事業所（施設）の児童発達支援管理責任者の氏名又は住所																																																																																											
<input type="checkbox"/> 11 主たる対象者																																																																																											
<input type="checkbox"/> 12 運営規程																																																																																											
<input type="checkbox"/> 13 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内容																																																																																											
<input type="checkbox"/> 14 その他																																																																																											
変 更 年 月 日	年 月 日																																																																																										
指定（届出）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																																																																																										
<input type="checkbox"/> 1 事業所（施設）の名称	(変更前)																																																																																										
<input type="checkbox"/> 2 事業所（施設）の所在地（設置の場所）																																																																																											
<input type="checkbox"/> 3 申請者（設置者）の名称																																																																																											
<input type="checkbox"/> 4 主たる事務所の所在地																																																																																											
<input type="checkbox"/> 5 代表者の氏名又は住所																																																																																											
<input type="checkbox"/> 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。）																																																																																											
<input type="checkbox"/> 7 医療法第7条の許可を受けた病院又は診療所であること		(変更後)																																																																																									
<input type="checkbox"/> 8 事業所（施設）の平面図又は設備の概要																																																																																											
<input type="checkbox"/> 9 事業所（施設）の管理者の氏名又は住所																																																																																											
<input type="checkbox"/> 10 事業所（施設）の児童発達支援管理責任者の氏名又は住所																																																																																											
<input type="checkbox"/> 11 主たる対象者																																																																																											
<input type="checkbox"/> 12 運営規程																																																																																											
<input type="checkbox"/> 13 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内容																																																																																											
<input type="checkbox"/> 14 その他																																																																																											
変 更 年 月 日	年 月 日																																																																																										