

実施事業・定員変更届

令和 年 月 日

公益財団法人 日本知的障害者福祉協会
会長 井上 博 殿

〔地方会〕名称
会長

変更前	施設・事業所名称			施設コード					
	管理者名								
	施設・事業種別※	①	定 員	①	_____ 名				
	②	②		_____ 名					
	③	③		_____ 名					
変更後	変更年月日	平成 年 月 日							
	施設・事業所名称								
	管理者名								
	住所・TEL・FAX	〒	TEL ()			FAX ()			
	A. 障害児入所施設（福祉型・医療型） _____ 名								
	B. 障害児通所施設（福祉型・医療型）								
	1. 児童発達支援センター（ 名）			2. 児童発達支援事業（ 名）			3. 放課後等デイサービス（ 名）		
	4. 多機能型 〔 児童発達支援センター（ 名） 児童発達支援事業（ 名） 放課後等デイサービス（ 名） 保育所等訪問支援 居宅訪問型児童発達支援 〕								
	5. 多機能型（一体型）（ 名） (7. 児童発達支援センター ｲ. 児童発達支援事業 ｳ. 放課後等デイサービス ｲ. 保育所等訪問支援 ｴ. 居宅訪問型児童発達支援)								
	C. 日中活動系サービス								
	1. 療養介護（ 名）			2. 生活介護（ 名）			3. 自立訓練（ 名）		
	4. 就労移行（ 名）			5. 就労継続A型（ 名）			6. 就労継続B型（ 名）		
	7. 多機能型（ 名） 〔 生活介護（ 名） 自立訓練（機能訓練 名・生活訓練 名・宿泊型 名） 就労移行（ 名） 就労継続A型（ 名） 就労継続B型（ 名） 〕								
	D. 施設入所支援（ 名） ※日中活動については、必ず上記のC欄にご記入下さい								
	E. 訪問系サービス →（ 1. 居宅介護 2. 重度訪問介護 3. 行動援護 4. 移動支援 5. 同行援護）								
F. 共同生活援助 →（ 名）									
G. 相談支援事業						H. 地域活動支援センター・日中一時支援（ 名）			
I. 自立訓練（宿泊型）（ 名）						J. 福祉ホーム（ 名）			
K. 就業・生活支援センター（ 名）									
L. 就労定着支援 ※実施主体の事業については、必ず上記のC欄にご記入ください				M. 自立生活援助 ※実施主体の事業については、必ず上記のD,E,F,G,I欄にご記入ください					