様式第１号

精神障害者通所型障害福祉サービス事業実施届出書

　　年　　月　　日

　　　吹田市長　宛

　届出者　主たる事務所

の所在地

名　　　称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

　　次のとおり精神障害者通所型障害福祉サービス事業を実施するので届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業を実施する主たる施設 | 所在地 |   |
| 名称 |   |
| 通所型障害福祉サービスの区分 | □　生活介護　　□　自立訓練　　□　就労継続支援 |

　※　添付書類

　　(１)　通所型障害福祉サービスに係る指定障害福祉サービス事業者の指定書の写し

　　(２)　通所型障害福祉サービスの実施計画書

　　(３)　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）