

(第2号参考様式)

指 定 書

平成 年 月 日

申請者の名称 殿

市(町村)長 印

平成 年 月 日 号で申請のありました精神障害者短期入所事業を行う者と
居宅介護等事業
地域生活援助事業

しての申請について、次のとおり指定したので通知します。

フリガナ	
事業所の名称	
事業の種類	
所在地	(郵便番号 -) 県 郡市 (ビルの名称等)
事業開始年月日	平成 年 月 日
施設種別	1. 精神障害者生活訓練施設 2. 精神障害者入所授産施設 3. その他()
入所(入居)定員	人
備考	

(注) 施設種別については精神障害者短期入所事業の場合に、入所(入居)定員については、精神障害者短期入所事業又は精神障害者地域生活援助事業の場合に、それぞれ記入すること。