

(様式第1号)

受付番号

指定障害福祉サービス事業
指定障害者支援施設 指定(更新)申請書
指定一般相談支援事業者

令和 年 月 日

愛知県知事 殿

申請者 所在地 愛知県名古屋市中村区太閤通
五丁目19番3号
(設置者) 名称 株式会社マックビーヒル就労支援機構
代表者 代表取締役 小山 雅也

指定障害福祉サービス事業者
欠のとおりに指定障害者支援施設の指定(更新)を受けたいので、障害者の日
指定一般相談支援事業者

第36条第1項(第41条第1項)
日常生活及び社会生活を総合的に支援するため第38条第1項(第41条第1項)
第51条の19第1項(第51の21条)
の規定により申請します。

事業所(施設)所在地市町村番

申請者 (設置者)	フリガ	カフシキガイシャマックビーヒルシュウロウシエンキコウ			
	名称	株式会社マックビーヒル就労支援機構			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号453 - 0811) 愛知県名古屋市中村区太閤通五丁目19番3号			
	法人である場合は、その種別	株式会社	法人所轄庁		
	連絡先	電話番号	052-583-1111	FAX番号	052-583-1110
	代表者の職・氏名	職名	代表取締役	フリガナ	コヤマ マサヤ
			氏名	小山 雅也	
指定 (更新)	フリガナ	マックビーレジデンスコマキコマキハラ(タンキニューショ)			
	名称	まっくびーレジデンス小牧小牧原(短期入所)			
を 受け よう と す る 事 業 所 ・ 施 設 の 種 類	事業所(施設)の所在地	(郵便番号 485 - 0829) 愛知県小牧市小牧原樋下土地区画整理9街区3-1番(仮換地)			
	同一所在地において 行う事業等の種類	実施指定(更新)申請をする事業 の事業開始予定年月日	様式	実施の法律において既に指定を受け ている事業等の指定年月日	備考
	短期入所	○	7/1/2024	付表5	
	指定 障害 福祉 事業 所				
	指 定 障 害 者 支 援 施 設				
	支 援 障 害 者 支 援 事 業 所				
	支 援 障 害 者 支 援 事 業 所 の 種 類				
	支 援 障 害 者 支 援 事 業 所 の 種 類				
	支 援 障 害 者 支 援 事 業 所 の 種 類				
	支 援 障 害 者 支 援 事 業 所 の 種 類				
事業所番号	同一の法律において既に指定を受けている場合				

(備考)

- 1 「受付番号」「事業所（施設）所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 2 「法人である場合その種別」欄には、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人
限会社」等の別を記載してください。
- 3 「法人所轄庁」欄には、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 4 「同一所在地において行う事業等の種類」欄には、今回申請をするもの及び既に指定を受けているものについて事業の種類
該当する欄には「○」を記載してください。
- 5 「○○事業所番号」欄には、申請を行う都道府県等において既に事業所としての指定を受け、番号が付番されている場合に、
所番号を記載してください。複数の番号を有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。