

(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 東京都品川区南大井六丁目25番3号  
(設置者) 名称 ソーシャルインクルー株式会社  
代表者 代表取締役 田中 浩一

指定障害福祉サービス事業者  
欠のとおり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の第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)所在地市町村番号

申請者 (設置者)	フリガ	ソーシャルインクルーカブシキガイシャ			
	名称	ソーシャルインクルー株式会社			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 140 - 0013 ) 東京都品川区南大井六丁目25番3号			
	法人である場合は、その種別	営利法人	法人所轄庁		
	連絡先	電話番号 03-6436-8972	FAX番号	03-6436-8973	
	代表者の職・氏名	職 名 代表取締役	フリガナ	タナカ コウイチ	
		氏 名	田中 浩一		
代表者の住所	(郵便番号 135-0045 ) 東京都江東区古石場二丁目14番1号				
指定 (更新)	フリガナ	ソーシャルインクルーホームコマキミツブチ			
	名称	ソーシャルインクルーホーム小牧三ツ瀨			
事業所(施設)の所在地	(郵便番号485-0075 ) 愛知県小牧市三ツ瀨字郷前638番地				
を 受 け よ う と す る 事 業 所 ・ 施 設 の 種 類	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 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 事業 いる事業等の指定年月日	備 考
	所サ指	共同生活援助	○ 45474	付表7-1	
	指				
	定				
	障				
害					
事					
福					
祉					
業					
社					
支					
援					
指					
施					
設					
障					
害					
者					
支					
業					
支					
援					
相					
談					
一					

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	
	2325200182	
	2315201000	
	2325200174	
	2315200986	
	2320800101	
	2310800442	
	2327900128	
	2317900575	
	2320600097	
	2327900177	

(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」「株  
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を記載  
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、その事  
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。