様式第6号（第6条関係）

松阪市障害者移動支援事業者指定変更・取消届

（宛先）松阪市福祉事務所長

　　　　　　　年　　 月 　　日

（届出者）

所在地：

名　称：

代表者の職・名前：　　　　　　　　　　　　　　　㊞

松阪市障害者移動支援事業実施規則第６条第3項の規定に基づき、下記のとおり、

（　□ 指定の変更　・　□ 指定の取消し　）を届け出ます。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定の変更又は取消しを受けようとする事業所 | 指定番号 | 第　　　　　　　　号 |
| フリガナ |  |
| 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 責任者名 |  |
| 変更前の状況 |  |
| 変更後の状況 |  |
| 変更（取消し）の理由 |  |
| 変更（取消し）年月日 |  |
| この届出に係る担当者 | （電話番号）（E-Mail） |

指定の変更の場合の留意事項

（１）指定の変更を受けようとする事業所の欄には、変更後の名称等を記載すること。

（２）変更前の状況の欄については、変更箇所のみ記載すること。

（３）変更箇所において、変更後の状況がわかる書類（運営規程等）を添付すること。