|  |
| --- |
|  |

文書番号

令和〇年○○月○○日

　　（宛先）○〇県知事　〇〇　○○

（届出者）○○市長　○○　○○

　指定障害福祉サービス事業者の指定（更新）における意見の申出について次のとおり提出します。

|  |  |
| --- | --- |
| 対象となる障害福祉サービスの種類 |  |
| 条件を付すことを求める理由  （障害福祉計画の該当部分を合わせて記載） |  |
| 求める条件の内容 |  |
| その他必要な事項 |  |

注１　意見照会通知書の通知の日から〇日以内に当該意見申出書を提出してください。

　２　必要に応じて、条件を付す理由の根拠書類を添付してください。