

変更の届出が必要な場合（児童福祉法第21条の5の20、同法施行規則第18条の35ほか）

番号	変更があった事項	障害児通所						障害児入所		障害児 相談支援
		児童発達支援 センター	児童発達支援 (センター以外)	医療型 児童発達支援	放課後等 デイサービス	居宅訪問型 児童発達支援	保育所等 訪問支援	福祉型 障害児入所	医療型 障害児入所	
1	事業所(施設)の名称	○	○	○	○	○	○	○	○	障害児 相談支援 に係る変更届は各市町にお問い合わせください。
2	事業所(施設)の所在地(設置の場所)	○	○	○	○	○	○	○	○	
3	申請者(設置者)の名称	○	○	○	○	○	○	○	○	
4	主たる事業所の所在地	○	○	○	○	○	○	○	○	
5	代表者の氏名又は住所	○	○	○	○	○	○	○	○	
6	登記簿の謄本又は条例等(当該指定に関するものに限る)	○	○	○	○	○	○	○	○	
7	医療法第7条の許可を受けた病院又は診療所であること	—	—	○	—	—	—	—	○	
8	事業所(施設)の平面図又は設備の概要	○	○	○	○	○	○	○	○	
9	事業所(施設)の管理者の氏名又は住所	○	○	○	○	○	○	○	○	
10	事業所(施設)の児童発達支援管理責任者の氏名又は住所	○	○	○	○	○	○	○	○	
11	主たる対象者	○	○	○	○	○	○	○	○	
12	運営規程	○	○	○	○	○	○	○	○	
13	障害児(入所・通所)費の請求に関する事項	○	○	○	○	○	○	○	○	
14	協力医療機関の名称若しくは診療科名又は当該協力医療機関との契約内容	○	○	○	—	—	—	○	○	

※上記以外の事項に変更があった場合は、石川県障害保健福祉課にお問い合わせください。

※**変更日ごと**に様式第2号(変更届出書)を提出してください。同一変更日であれば、一枚にまとめて提出しても構いません。

※「13 障害児(入所・通所)費の請求に関する事項」については、**毎月15日までに提出した場合は原則「翌月1日」から算定**できます。16日以降に提出した場合は「翌々月1日」から算定します。有資格者や経験者の異動等で加算区分に変更が生じる場合も提出してください。