（様式１）

通　知　届　出　書

香社福第1045号
令和8年2月5日

千葉県知事　熊谷　俊人　様

香取市長　伊藤　友則
（公印省略）

次のとおり通知の求め及び通知を求める際の伝達内容について届け出ます。

１．対象となる指定障害福祉サービス等の種類等

対象となる指定障害サービス等の種類	通知の求め(※1)		対象となる区域(※2)	対象となる期間(※3)
	指定	更新		
全サービス	－	○	市内全域	
（全サービス以外の場合は下記の該当するサービスに記載）				
居宅介護	－			
重度訪問介護	－			
同行援護	－			
行動援護	－			
重度障害者等包括支援	－			
療養介護	－			
生活介護	－			
短期入所	－			
自立訓練（機能訓練）	－			
自立訓練（生活訓練）	－			
就労選択支援	－			
就労移行支援	－			
就労継続支援Ａ型	－			
就労継続支援Ｂ型	－			
就労定着支援	－			
自立生活援助	－			
共同生活援助	－			
地域移行支援	－			
地域定着支援	－			
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	－			

(※1)通知を求めるサービスに○をしてください。

(※2)対象事業者が事業所を設置しようとしている障害保健福祉圏域（障害福祉サービス等及び障害児通所支援等の円滑な実施を確保するための基本的な指針（平成29 年厚生労働省告示第116 号）第一の一の５の規定により市町村及び都道府県が定める区域をいう。）内の区域の全域又は特定の場所を記載してください。

(※3)期間を設定する必要がない場合は記載不要。

２．その他必要な事項
