第１号様式（第２条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 |  |

年　　　月　　　日

　（宛先）　港区長

申請者　　主たる事務所の所在地

（設置者）　名　　　　　　　　称

代表者　　　　　　　　　　　印

指定特定相談支援事業者・指定障害児相談支援事業者指定（更新）申請書

　障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者及び児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者に係る指定（指定の更新）を受けたいので、以下のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者（設置者） | フリガナ | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | | | | | （郵便番号　　　　―　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 法人の種別 | | | | |  | | | | | | | | 法人所轄庁 | | | | |  | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | |  | | | | | | | | FAX番号 | | | | |  | |
| 代表者の氏名、生年月日及び職名 | | | | | フリガナ | | | |  | | | | 生年月日 | | | | |  | |
| 氏　　名 | | | |  | | | | 職　　名 | | | | |  | |
| 代表者の住所 | | | | | （郵便番号　　　　―　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定（指定の更新）を受  けようとする事業の種類 | フリガナ | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | | | | | （郵便番号　　　　―　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業の種類 | | | | | 実施事業 | | | 指定申請をする事業の事業開始予定年月日  ※更新の場合は、現に受けている指定の有効期間満了日 | | | | | | | 様式 | | 備考 | | |
| 特定相談支援事業 | | | | |  | | |  | | | | | | | 付表 | |  | | |
| 障害児相談支援事業 | | | | |  | | |  | | | | | | | 付表 | |  | | |
| 既に特定相談支援事業の指定を受けている場合は、記載してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 | | |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  | |  | | 指定年月日 | | |  |
| 既に一般相談支援事業（地域移行支援）の指定を受けている場合は、記載してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 | | |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  | |  | | 指定年月日 | | |  |
| 既に一般相談支援事業（地域定着支援）の指定を受けている場合は、記載してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 | | |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  | |  | | 指定年月日 | | |  |
| 介護保険法の居宅支援事業の指定を受けている場合は、記載してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 | | |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  | |  | | 指定年月日 | | |  |
| 介護保険法の介護予防支援事業の指定を受けている場合は、記載してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 | | |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  | |  | | 指定年月日 | | |  |

（備考）

　１　「受付番号」欄には記載しないでください。

　２　「法人の種別」欄には、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「公益社団法人」、「一般財団法人」、「公益財団法人」、「株式会社」、「有限会社」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　「実施事業」欄には、今回申請する相談支援事業の種類に「○」を記載してください。

　５　「障害児相談支援事業」の指定又は指定の更新を申請する場合は、「特定相談支援事業」も併せて申請してください。

　６　事業所番号を記載してください。複数の番号を有する場合は、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。

付表　　　　指定特定相談支援事業者及び指定障害児相談支援事業者の指定（指定の更新）に係る記載事項

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | 受付番号 | | | |  | |
| 事業所 | 名称 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | （郵便番号　　　　―　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | |  | | | | | FAX番号 | | | |  | | |
| 実施主体が区である場合は、当該事業について定めてある条文等 | | | | | | | | | | 第　　　条　第　　　項　第　　　号 | | | | | |
| 管理者 | フリガナ |  | | | | | 住所 | | （郵便番号　　　　―　　　　） | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | |
| 生年月日 |  | | | | |
| 当該事業所における相談支援専門員との兼務の有無 | | | | | | | | | | 有・無 | | | | |
| 他の事業所又は施設の従業者との兼務の有無（以下「有」の場合記載） | | | | | | | | | | 有・無 | | | | |
| 事業所の名称 | |  | | | | | 兼務する職種 | | | |  | | | |
| 事業の種類 | |  | | | | | 勤務時間 | | | |  | | | |
| 従業者の職種・員数 |  | | | | 相談支援専門員 | | | | | | | その他の者 | | | |
| 専従 | | | 兼務 | | | | 専従 | | | 兼務 |
| 常勤（人） | | | |  | | |  | | | |  | | |  |
| 非常勤（人） | | | |  | | |  | | | |  | | |  |
| 常勤換算後の人数（人） | | | |  | | |  | | | |  | | |  |
| 他の事業所又は施設の従業者との兼務の有無（「有」の場合、別紙に記載） | | | | | | | | | 有・無 | | | | | |
| 総合的な相談支援の実施体制の具体的な方法 | 事業の主たる対象とする障害の種類の定めの有無 | | | | | 有・無 | | | | | | | | | |
| 主たる対象としていない者への対応体制 | | | | |  | | | | | | | | | |
| 医療機関や行政との連携体制 | | | | |  | | | | | | | | | |
| 計画的な研修又は当該事業所における事例の検討等を行う体制 | | | | |  | | | | | | | | | |
| 主な掲示事業 | 営業日 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 営業時間 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 主たる対象者 | | | 特定無し・身体障害者・知的障害者・精神障害者・障害児・難病等対象者 | | | | | | | | | | | |
| その他の費用 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | | 別添のとおり（登記事項証明書又は条例等、事業所の平面図、運営規程、経歴書、利用者又はその家族からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表） | | | | | | | | | | | |

（備考）

１　特定相談支援事業者及び障害児相談支援事業者の指定又は指定の更新を同時に申請する場合についても、本様式１枚にまとめて提出してください。

２　「受付番号」欄には記載しないでください。

３　「兼務」については、指定特定相談支援事業所、指定障害児相談支援事業所、指定一般相談支援事業所との兼務は除きます。

４　「総合的な相談支援の実施体制の具体的な方法」については、具体的な内容について記載するほか、それぞれ根拠となる書類も提出してください。また、「主たる対象としていない者への対応体制」については、「事業の主たる対象とする障害の種類の定めの有無」が「有」の場合に記載してください。

５　「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別途資料として添付して差し支えありません。

６　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。

別紙

他の事業所又は施設の従業者と兼務する相談支援専門員について

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 他の事業所又は施設の従業者と兼務する相談支援専門員を全て記載してください。 | | | | | | |
| １ | フリガナ |  | 事業所の名称 |  | | |
| 氏名 |  | 事業の種類 |  | 兼務する職種 |  |
| 勤務時間 |  | | |
| ２ | フリガナ |  | 事業所の名称 |  | | |
| 氏名 |  | 事業の種類 |  | 兼務する職種 |  |
| 勤務時間 |  | | |
| ３ | フリガナ |  | 事業所の名称 |  | | |
| 氏名 |  | 事業の種類 |  | 兼務する職種 |  |
| 勤務時間 |  | | |
| ４ | フリガナ |  | 事業所の名称 |  | | |
| 氏名 |  | 事業の種類 |  | 兼務する職種 |  |
| 勤務時間 |  | | |
| ５ | フリガナ |  | 事業所の名称 |  | | |
| 氏名 |  | 事業の種類 |  | 兼務する職種 |  |
| 勤務時間 |  | | |
| ６ | フリガナ |  | 事業所の名称 |  | | |
| 氏名 |  | 事業の種類 |  | 兼務する職種 |  |
| 勤務時間 |  | | |