

(様式第1号)

受付番号

指定特定相談支援事業者
指定障害児相談支援事業者

指定申請書（新規・更新）

年 月 日

盛岡市長 様

申請者
(設置者)

所在地
名 称
代表者

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規定する指定特定相談支援事業者及び児童福祉法に規定する指定障害児相談支援事業者に係る指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類に係る指定を受けたいので、下記のとおり、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 —) 県 郡・市			
	法人である場合その種別		法人所轄庁			
	連絡先	電話番号	FAX番号			
	代表者の職・氏名	職 名		フリガナ 氏 名		
	代表者の住所		(郵便番号 —) 県 郡・市			
指定を受けようとする 事業の種類	フリガナ					
	名 称					
	事業所の所在地		(郵便番号 —) 県 郡・市			
	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	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	
既に障害児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	
既に地域相談支援事業(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	
既に地域相談支援事業(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	
介護保険法の居宅介護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 「法人である場合その種別」欄には、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「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、今回申請を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」の指定を申請する場合は、「特定相談支援事業」の申請も併せて申請してください。

他の事業所又は施設の従事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	氏 名		事業所の名称			
	フリガナ		事業の種類		兼務する職種	
	氏名		勤務時間			
2	氏 名		事業所の名称			
	フリガナ		事業の種類		兼務する職種	
	氏名		勤務時間			
3	氏 名		事業所の名称			
	フリガナ		事業の種類		兼務する職種	
	氏名		勤務時間			
4	氏 名		事業所の名称			
	フリガナ		事業の種類		兼務する職種	
	氏名		勤務時間			
5	氏 名		事業所の名称			
	フリガナ		事業の種類		兼務する職種	
	氏名		勤務時間			

受付番号	
------	--

事業所	名称													
	所在地	(郵便番号 －)												
		県					郡・市							
	連絡先	電話番号				FAX番号								
当該事業について定めてある定款・寄附行為等の条文							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(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								
従事者数(人)の職種・				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(有の場合、別紙に記載)					有 ・ 無								
総合的実的な体制の支援	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													
主な揭示事項	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											
	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(定款及び登記簿謄本又は条例等、事業所の平面図、運営規程、経歴書、入所者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、資産状況(貸借対照表・財産目録等))											

(備考)

1. 特定相談支援事業と障害児相談支援事業の両方の指定を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を除く。
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他、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. 記載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。