様式第１号（第２条、第３条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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（更新）申請書

年　　月　　日

　　春日部市長　あて

申請者　　　所在地

　　　（設置者）　　名　称

代表者　　　　　　　　　印

　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（更新）を受けたいので、次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 | （〒　　　－　　　　　） |
|  |
| 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 | 　　 |
| 代表者の職名・氏名 | 職　名 |  | フリガナ |  |
|  | 氏　　　名 |  |
| 代表者の住所 | （〒　　　－　　　　　） |
|  　 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 | （〒　　　－　　　　　） |
| メールアドレス |  |
| 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１ |  |
| 障害児相談支援事業 |  |  | 付表１ |  |
| 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」「（一般又は公益）社団法人」「（一般又は公益）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。

６　他の法律において既に指定を受けている場合は、別紙にその全てを記載してください。

７　更新申請の場合は、現に受けている指定の有効期間満了日のわかる書類の写しを添付してください。

８　指定申請書の内容は、埼玉県庁の担当課に提供するので、あらかじめご了承ください。

付表１　指定特定相談支援事業者・指定障害児相談支援事業者の指定に係る記載事項

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |
|  |
| 事　業　所 | 名　　称 |  |
| 所在地 | （〒　　　－　　　） |
|  |
| 連絡先 | 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 | 　　 |
| 管　理　者 | フリガナ |  | 住 所 | （〒　　　－　　　） |
| 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（有の場合、以下に記載） | 有・無 |
| 事業所の名称 |  | 兼務する職務 |  |
| 事業の種類 |  | 勤務時間 |  |
| 従業者の職種・員数（人） |  | 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、付表２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・難病患者　　 |
| 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（登記簿謄本、条例等、事業所の平面図、設備の概要、運営規程、経歴書、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要又は勤務体制・形態一覧表） |

（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、記入しないでください。

　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。

付表２　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について

|  |
| --- |
| 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 |  |

※別紙も記入してください

(別紙)

他の法律において既に指定を受けている事業等について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 法律の名称・事業等の種類 | 指定年月日 | 事業所番号 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |