

|      |  |
|------|--|
| 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・寄付行為等の条文         |                               |                             |                                                                                               |                 |     |    | 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                        |  |     |  |  |  |
| 従事者の<br>数(人職<br>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<br>実的な<br>体制の<br>支援       | 事業の主たる対象とする障害の<br>種類の定めの有無  |                                                                                               | 有      ・      無 |     |    |                             |  |     |  |  |  |
| 主たる対象としていない者への<br>対応体制           |                               |                             |                                                                                               |                 |     |    |                             |  |     |  |  |  |
| 医療機関や行政との<br>連携体制                |                               |                             |                                                                                               |                 |     |    |                             |  |     |  |  |  |
| 計画的な研修又は当該事業所<br>における事例の検討等を行う体制 |                               |                             |                                                                                               |                 |     |    |                             |  |     |  |  |  |
| 主な<br>揭示<br>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」が有の場合に記載すること。
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。