

付表14

一般相談支援事業所(地域移行支援 ・ 地域定着支援)の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ			
	名 称			
	所在地	(郵便番号 -)		
	連絡先	電話番号	FAX番号	
	メールアドレス			
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業について定めてある条例等 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			
	当該相談支援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(兼務の場合記入)	名 称	兼務する職種及び勤務時間等	
事業開始時の利用者の予定数		人		
従業者の職種・員数(人)		相談支援専門員		その他の従業員
		専 従	兼 務	専 従 兼 務
常 勤 (人)				
非 常 勤 (人)				
常勤換算後の人数(人)				
基準上の必要人数(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別の有無		有 ・ 無		
主たる対象者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を行う体制				
常時の連絡体制の確保の具体的方法(地域定着支援のみ)				
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 ・ 障害児 ・ 精神障害者 ・ 難病等対象者		
利 用 料				
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)		

- (備考)
- 1 「受付番号」「基準上の必要人数」欄は、記入しないでください。
 - 2 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。
 - 3 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
 - 4 当該指定相談支援サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定相談支援サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。
 - 5 地域移行支援事業と地域定着支援事業の両方の指定を申請する場合についても、本様式にまとめて提出してください。
 - 6 「常時の連絡体制」については、営業時間以外の事業所の人員体制(宿直等)や利用者との連絡体制を含め、具体的に記載してください。