

付表15 指定特定相談支援事業所及び指定障害児相談支援事業所の指定に係る記載事項

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			
	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	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(有の場合記載、以下に記載)			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 (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 具体的な 相談支援 の方法	事業の主たる対象とする障害の種類 の定め有無		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					
	通常の実業実施地域					
添 付 書 類	別添のとおり(登記事項証明書、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又は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」の有無が有の場合に記載してください。
5. 「主な揭示事項」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	氏	名	事業所の名称
	フリガナ		事業の種類
	氏名		勤務時間
			兼務する職種
2	氏	名	事業所の名称
	フリガナ		事業の種類
	氏名		勤務時間
			兼務する職種
3	氏	名	事業所の名称
	フリガナ		事業の種類
	氏名		勤務時間
			兼務する職種
4	氏	名	事業所の名称
	フリガナ		事業の種類
	氏名		勤務時間
			兼務する職種
5	氏	名	事業所の名称
	フリガナ		事業の種類
	氏名		勤務時間
			兼務する職種