

年 月 日

宇治市長宛て

申請者 所在地
(設置者) 名称
代表者氏名 ㊞

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所又は児童福祉法に規定する指定障害児相談支援事業所に係る指定又は指定の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		郵便番号							
	法人である場合 その種別				法人所轄庁					
	連絡先	電話番号				ファクシミリ番号				
	代表者の職・氏名・ 生年月日		職名		フリガナ 氏名			生年月日		
	代表者の住所		郵便番号							
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							
	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

- 「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。
- 「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。
- 「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。
- 「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することになります。

付表 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

事業所	名称					
	所在地	郵便番号				
	連絡先	電話番号		ファクシミリ番号		
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		
	事業所等の名称		兼務する職種			
	事業の種類		勤務時間			
従業者の職数・ 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、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 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 標示 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(登記事項証明書又は条例等、事業所の平面図、管理者及び相談支援専門員の経歴書、運営規程、利用者等からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、従業者の勤務体制・形態一覧表、誓約書等)				

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 「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ものとします。
- 3 「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」の定め有無」が有の場合に記載してください。
- 4 「主な標示事項」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。
- 5 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業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	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		

変更届出書

年 月 日

宇治市長宛て

所在地

事業者 名称

代表者氏名



次のとおり指定を受けた内容を変更したので届け出ます。

		事業所番号									
指定内容を変更した事業所		名称									
		所在地									
変更があつた事項		変更の内容									
1	事業所の名称	(変更前)									
2	事業所の所在地(設置の場所)										
3	申請者(設置者)の名称										
4	主たる事務所の所在地										
5	代表者の氏名、生年月日、住所及び職名										
6	登録事項証明書又は条例等(当該指定に係る事業に関するものに限る。)										
7	事業所の平面図	(変更後)									
8	事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴										
9	指定計画相談支援又は指定障害児相談支援の提供に当たる者の氏名、生年月日、住所及び経歴										
10	運営規程										
11	主たる対象者										
変更年月日		年 月 日									

備考

- 1 該当項目番号に を付してください。
- 2 変更内容が分かる書類を添付してください。
- 3 変更の日から10日以内に届け出てください。

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

宇治市長宛て

所在地

事業者 名称

代表者氏名

印

次のとおり事業を廃止する・休止する・再開したので届け出ます。

	事業所番号									
廃止する・休止する・再開した事業所	名称									
	所在地									
廃止する・休止する・再開した年月日		年 月 日								
廃止する・休止する理由										
休止予定期間		年 月 日 ~ 年 月 日								

備考

- 1 事業の再開に係る届出にあつては、当該事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態が休止前と異なる場合には、勤務体制・形態一覧表を添付してください。
- 2 事業を再開した場合は、再開した日から10日以内に届け出てください。
- 3 事業の廃止又は休止の場合にあつては、現に指定計画相談支援又は指定障害児相談支援を受けている者に関する次の各号に掲げる事項を記載した書類を添付してください。
 - (1) 現に指定計画相談支援又は指定障害児相談支援を受けている者に対する措置
 - (2) 現に指定計画相談支援又は指定障害児相談支援を受けている者の氏名(指定障害児相談支援を受けている場合にあつては、当該指定障害児相談支援を受けている者の保護者の氏名を含む。)、連絡先、受給者証番号及び引き続き当該指定計画相談支援に相当するサービス又は当該障害児相談支援に相当する支援の提供を希望する旨の申出の有無
 - (3) 引き続き指定計画相談支援に相当するサービス又は指定障害児相談支援に相当する支援の提供を希望する者に対し、必要な計画相談支援又は障害児相談支援を継続的に提供する他の指定特定相談支援事業者又は指定障害児相談支援事業者の名称
- 4 事業を廃止し、又は休止しようとする場合は、その廃止又は休止の日の1月前までに届け出てください。