

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	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						
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(有の場合、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、別紙2に記載)						有	無	
総合的な支援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(有の場合、以下※項目も記載すること)			有	無				
※主たる対象としていない障害の種類への対応体制								
医療機関や行政との連携体制								
相談支援専門員に対する計画的な研修又は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	難病等対象者	
	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(定款及び条例等、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. 指定特定相談支援事業と指定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枚にて提出してください。
2. 「兼務」については、指定一般相談支援事業所、指定特定相談支援事業所、指定障害児相談支援事業所との兼務は除く。
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、具体的な方法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。
4. 「主な揭示事項」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。

受付番号 (記入不要)

事業所	フリガナ	トウキョウフクシセンター					
	名 称	東京福祉センター					
	所在地	(郵便番号 182-0026) 東京都調布市小島町〇-〇-〇					
	連絡先	電話番号	042-〇〇〇-〇〇〇〇	FAX番号	042-〇〇〇-〇〇〇〇		
当該事業について定めてある定款・寄付行為等の条文			第 〇 条 第 〇 項 第 〇 号				
管理者	フリガナ	カイゴ ゴロウ	住所	(郵便番号 183-〇〇〇〇)			
	氏名	介護 五郎		東京都府中市〇〇町〇-〇-〇			
	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日					
	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 ・ <input checked="" type="radio"/> 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)			<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無			
事業所の名称		東京福祉支援センター	兼務する職種		管理者		
事業の種類		居宅介護	勤務時間		9:00~18:00		
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)		1			1		
非常勤(人)							
常勤換算後の人数(人)		1.0			0.5		
他の事業所又は施設の従業者との兼務(有の場合、別紙2に記載)			有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無				
総合的な支援実施体制の具体的な方法							
主たる対象とする障害の種類(有の場合、以下※項目も記載すること)		<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無					
※主たる対象としていない障害の種類への対応体制		指定特定相談支援事業所〇〇〇及び指定障害児相談支援事業所〇〇〇と連携体制を確保している。					
医療機関や行政との連携体制		調布市自立支援協議会に参加している。					
相談支援専門員に対する計画的な研修又は事業所における事例の検討等を行う体制		年に1回、事例検討をテーマとした研修会を実施することを研修計画書に記載している。					
主な 揭示 事項	営業日	月～金 ただし、祝日及び12月29日から1月3日は除く					
	営業時間	9:00～18:00					
	主たる対象者	特定無し	<input checked="" type="radio"/> 身体障害者	<input type="radio"/> 知的障害者	<input type="radio"/> 精神障害者	<input type="radio"/> 障害児	<input type="radio"/> 難病等対象者
	その他の費用	運営規程に定める通り					
	通常の事業実施地域	調布市、三鷹市、府中市					
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)

- 指定特定相談支援事業と指定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。
- 「受付番号」欄は、記入しないでください。
- 「兼務」については、指定一般相談支援事業所、指定特定相談支援事業所、指定障害児相談支援事業所との兼務は除く。
- 「総合的な相談支援の実施体制の具体的な方法」について、具体的な方法について記載する他、それぞれ根拠となる書類も提示してください。
- 「主な揭示事項」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。

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

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	
		事業の種類	
		兼務する職種	
		勤務時間	
2	氏名	事業所の名称	
		事業の種類	
		兼務する職種	
		勤務時間	
3	氏名	事業所の名称	
		事業の種類	
		兼務する職種	
		勤務時間	
4	氏名	事業所の名称	
		事業の種類	
		兼務する職種	
		勤務時間	
5	氏名	事業所の名称	
		事業の種類	
		兼務する職種	
		勤務時間	