

千葉県知事 様

指定障害福祉サービス事業者等の指定または更新における事業相談シートについて次のとおり提出します。

指 申 サ	定 (指 定 の 更 新)			多機能型・ 共生型 実施の有無		
	請 を ス 障 害 福 祉 サ ー ビ ス 等 の 種 類					
申 請 者	フリガナ					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号)				
	代表者の職・氏名	職 名	フリガナ	氏 名		
	代表者の住所	(郵便番号)				
指 定 の 指 定 の 更 新 を 受 け よ う と す る 事 業 者 の 事 業 所 情 報	指定の更新申請をする 障害福祉サービス等の 事業所番号	※新規指定の場合は記載不要				
	主たる フリガナ					
	事業所(施設)の 所在地	(郵便番号)				
	従たる フリガナ					
運 営 規 程	(※1)事業所(施設)の 所在地	(郵便番号)				
	指定(指定の更新) 申請をする事業の 開始(更新)予定年月日					
	既に同一敷地内で指定を 受けている事業がある場合	事業所番号	障害福祉サービス等の種類			
	※指定の更新申請をする 障害福祉サービス等を 含まない					
	事業の目的および 運営の方針					
		従業者の職種、人数 および職務の内容	職 種	常 勤	非 常 勤	職 務 の 内 容
			管理者			
			サービス管理責任者			
			児童発達支援管理責任者			
	サービス提供責任者					
計	0名	0名				
営業日および 営業時間						
事業開始(又は 事業の更新)時の 利用定員(※2)	障害福祉サービス等の種類	単 独 また は 合 計	利 用 定 員			
		※複数の事業を併せて 利用定員を定める場合は、 合計を選択				
通常の実地						
主たる対象者(該当す るものに○)	障害福祉サービス事業等	身体障害者	知的障害者	障 害 児		
	障害児通所支援事業	重症心身障害児	重症心身障害児以外	難病等対象者		

(※1)申請事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するときに記載します(指定一般相談支援事業に関しては不要です)。なお、従たる事業所が2箇所以上の場合は行を追加してください。

(※2)居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、短期入所(空床型)、重度障害者等包括支援、就労定着支援、自立生活援助、一般相談支援(地域移行支援)、一般相談支援(地域定着支援)、居宅訪問型児童発達支援、保育所等訪問支援に関しては、記載不要です。

