**二宮町地域生活支援事業者登録申請書**

　　年　　月　　日

二　宮　町　長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

 申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人にあっては名称及び代表者の氏名）

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される地域生活支援事業を実施したいので、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 | 〒 |
| 連　絡　先 | 電　話 | （ 　　　） | ＦＡＸ | （ 　　　） |
| 法人の種類 |  | 法人の所轄庁 |  |
| 代表者(開設者)の役職・氏名 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所又は施設 | フ リ ガ ナ |  |
| 名　　　称 |  |
| 所　在　地 | 〒　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　（　　　　） |
| 地域生活支援事業の種類 | 実 施 事 業 | 事業開始予定年月日 | 届出･登録年月日 | 添付書類 |
| 移動支援事業 |  　年 　月 　日 |  　年 　月 　日 | 付表及び参考様式を添付すること。 |
| 日中一時支援事業 |  　年 　月 　日 |  　年 　月 　日 |
| 地域活動支援センター事業 |  　年 　月 　日 |  　年 　月 　日 |
| 日常生活サポート事業 |  　年 　月 　日 |  　年 　月 　日 |
| その他（　　　　　　　　） |  　年 　月 　日 |  　年 　月 　日 |
| 備　考 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 起案日 | ・　 ・ | 決　裁 | 課　長 | 班統括者 | 合　議 | 担　当 |  | 公印使用承認 |
| 決裁日 | ・　 ・ |  |  |  |  |  |  |
| 施行日 | ・　 ・ |  |
| 公印使用日 | ・　 ・ | 上記のとおり届出がありましたので、別紙のとおり登録してよろしいか。 |

付表

**移動支援事業者の登録に係る記載事項**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事　業　所 | フ リ ガ ナ |  |
| 名　　　称 |  |
| 所　在　地 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　電 話　　　　（　　　　　） |
| 申請に係る事業の実施について定 め て あ る 定 款 等 | 第　　 条　第　　 項　第 　　号 |
| 管　理　者 | フ リ ガ ナ |  | 住 所 | 〒 |
| 名　　　称 |  |
| 兼務がある場合 | 申請に係る移動支援事業所で兼務する他の職種 | 兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設 |
| 事業所名 | 兼務する職種 |
|  |  |  |
| 従　業　者 |  | 移動支援事業従　業　者 | そ　の　他従　業　者 |  |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 常勤（人） |  |  |  |  |
| 非常勤（人） |  |  |  |  |
| 常勤換算後の人員数（人） |  |  |
| 主 な 掲 示 事 項 | 営 業 日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 備考（その他年間の休日） |  |
| □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 営業時間 | 平　　日 |  | ～ |  | 土　曜 |  | ～ |  |
| 日曜・祝日 |  | ～ |  | 備　考 |  |
| 主たる対象者 | □ 特に指定なし　□ 身体障害者　□ 知的障害者　□ 障害児　□ 精神障害者 |
| 利　用　料 |  |
| その他の費用 |  |
| 通常の事業の実 施 区 域 | □ 二宮町全域□ 二宮町の一部（地区名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他参考事項 | 第三者評価の実施の有無 | 苦情解決の措置の概要 |
| 窓口（連絡先） | 担当者 |
| 　　あり　　・　　なし |  |  |
| その他 |  |
| 利用者の限定内容 | □ 二宮町外の事業所であるため、対象者は二宮町が支給決定している者であって二宮町外にある共同生活援助等の利用者に限定します。 |

（ 備　考 ）

・「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容等を記載してください。

・「通常の事業の実施区域」欄は、サービス提供区域が市内の一部である場合にはその地区名を記載してください。

（ 添付書類 ）（ 以下の書類は、神奈川県に届け出た書類や既製の書類の写しで代えることができます。）

１　運営規定　　　　　　　　　　　　　　　２　事業所の平面図

３　苦情解決の指針　　　　　　　　　　　　４　勤務形態

付表

**日中一時支援事業者の登録に係る記載事項**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事　業　所 | フ リ ガ ナ |  |
| 名　　　称 |  |
| 所　在　地 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　電 話　　　　（　　　　　） |
| 申請に係る事業の実施について定めてある定款等 | 第　　 条　第　　 項　第 　　号 |
| 管　理　者 | フ リ ガ ナ |  | 住 所 | 〒 |
| 名　　　称 |  |
| 兼務がある場合 | 申請に係る日中一時支援事業所で兼務する他の職種 | 兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設 |
| 事業所名 | 兼務する職種 |
|  |  |  |
| 従業者 |  | 保育士 | 小学校/幼稚園教員免許 | 児童指導員(経験3年以上) | 認定心理士他同様の資格 | その他従業員 |
|  | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 常　勤（人） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 非常勤（人） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 常勤換算後の人員数（人） |  |  |  |  |  |
| 施設・設備等 | 利　用　定　員 |  | 人 |  |
| 建物の構造・概要 | 構造 |  | 延床面積 | ㎡ |
| 居室 | 居室の数 | 室 | 居室以外 | 食堂 | 浴室 | 洗面設備 | 便所 |
| １室の最大人数 | 人 |
| １人あたりの最小床面積 | ㎡ | □ | □ | □ | □ |
| 適否 |  |
| 主 な 掲 示 事 項 | 営 業 日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 備考（その他年間の休日） |  |
| □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 営業時間 | 平　　日 |  | ～ |  | 土　曜 |  | ～ |  |
| 日曜・祝日 |  | ～ |  | 備　考 |  |
| 主たる対象者 | 障害種別：□ 特に指定なし　□ 身体障害者　□ 知的障害者　□ 精神障害者年齢種別： |
| 利　用　料 |  |
| その他の費用 |  |
| その他参考事項 | 第三者評価の実施の有無 | 苦情解決の措置の概要 |
| 窓口（連絡先） | 担当者 |
| 　　あり　　・　　なし |  |  |
| その他 |  |
| バックアップ機関 | 名称 |  | 施設の種別 |  |
| 協力医療機関 | 名称 |  | 診療科目 |  |

（ 備　考 ）

・「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容等を記載してください。

（ 添付書類 ）（ 以下の書類は、神奈川県に届け出た書類や既製の書類の写しで代えることができます。）

１　運営規定　　　　　　　　　　　　　　　２　事業所の平面図

３　苦情解決の指針　　　　　　　　　　　　４　勤務形態

付表

**訪問入浴サービス事業者の登録に係る記載事項**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事　業　所 | フ リ ガ ナ |  |
| 名　　　称 |  |
| 所　在　地 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　電 話　　　　（　　　　　） |
| 申請に係る事業の実施について定 め て あ る 定 款 等 | 第　　 条　第　　 項　第 　　号 |
| 管　理　者 | フ リ ガ ナ |  | 住 所 | 〒 |
| 名　　　称 |  |
| 兼務がある場合 | 申請に係る事業所で兼務する他の職種 | 兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設 |
| 事業所名 | 兼務する職種 |
|  |  |  |
| 従　業　者 |  | 訪 問 入 浴サービス事業従　業　者 | 資 格 者 の状　　　況 |  |
| 専従 | 兼務 |
| 常勤（人） |  |  |  |  |
| 非常勤（人） |  |  |  |  |
| 常勤換算後の人員数（人） |  |  |  |
| 主 な 掲 示 事 項 | 営 業 日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 備考（その他年間の休日） |  |
| □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 営業時間 | 平　　日 |  | ～ |  | 土　曜 |  | ～ |  |
| 日曜・祝日 |  | ～ |  | 備　考 |  |
| 主たる対象者 | □ 特に指定なし　□ 身体障害者　□ 知的障害者　□ 障害児　□ 精神障害者 |
| 利　用　料 |  |
| その他の費用 |  |
| 通常の事業の実 施 区 域 | □ 二宮町全域□ 二宮町の一部（地区名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他参考事項 | 第三者評価の実施の有無 | 苦情解決の措置の概要 |
| 窓口（連絡先） | 担当者 |
| 　　あり　　・　　なし |  |  |
| その他 |  |

（ 備　考 ）

・「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容等を記載してください。

・「通常の事業の実施区域」欄は、サービス提供区域が町内の一部である場合にはその地区名を記載してください。

（ 添付書類 ）（ 以下の書類は、神奈川県に届け出た書類や既製の書類の写しで代えることができます。）

１　運営規定　　　　　　　　　　　　　　　２　事業所の平面図

３　苦情解決の指針　　　　　　　　　　　　４　勤務形態