

## 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

(法人にあつ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	(      )	F A X	(      )
	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。				

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						〒								
	名称						住所								
	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								
従業員			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 揭示 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	<input type="checkbox"/> 特に指定なし <input type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 障害児 <input type="checkbox"/> 精神障害者													
	利用料														
	その他の費用														
	通常の事業の 実施区域	<input type="checkbox"/> 二宮町全域 <input type="checkbox"/> 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								
		あり ・ なし					窓口(連絡先)			担当者					
		その他													
利用者の限定内容	<input type="checkbox"/> 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    |

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											
	名称			住所	〒 _____							
	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						
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		その他従業者		
		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 揭示 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						
あり		なし		窓口(連絡先)			担当者					
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    |

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		専従		兼務		資格者の 状況					
	常勤 (人)											
	非常勤 (人)											
常勤換算後の人員数 (人)												
主な 揭示 事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	備考(その他年 間の休日)			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	営業時間	平日						~	土曜		~	
		日曜・祝日						~	備考			
	主たる対象者	<input type="checkbox"/> 特に指定なし <input type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 障害児 <input type="checkbox"/> 精神障害者										
	利用料											
	その他の費用											
	通常の事業の 実施区域	<input type="checkbox"/> 二宮町全域 <input type="checkbox"/> 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						
	あり ・ なし					窓口(連絡先)			担当者			
	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    |

## かながわ自立支援給付費等支払システム 地域生活支援事業所・単独事業所登録シート

神奈川県国民健康保険団体連合会理事長 殿

令和      年      月      日

次のとおり、かながわ自立支援給付費等支払システムへの登録を依頼します。  
また、自立支援給付費等の支払については、下記の指定口座に振り込みをお願いします。

申請者（設置者）	フリガナ			
	名称			
	所在地	〒	←半角数字7桁で記載	
	連絡先	電話番号		FAX番号
	法人の種類			
	代表者	役職		氏名
			印	

事業所・施設	フリガナ			
	名称			
	事業所(施設)の所在地	〒	事業所(施設)所在地市町村番号	級地区分
	連絡先	電話番号		FAX番号
	事業所番号			
	サービスの種類	サービス種類番号		
	定員	報酬算定上の定員規模		
	主たる対象者	身体	<input type="checkbox"/>	知的
適用年月日		児童	<input type="checkbox"/>	
		精神	<input type="checkbox"/>	

指定口座	金融機関名		金融機関コード	
	店舗名		店舗コード	
	口座番号		預金種別	<input checked="" type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 当座
	名義人	フリガナ		
	氏名			

委任状	申請者(債権者)は、口座名義人(受任者)に、上記事業費の受領に関する一切の権限を委任します。			
	令和	年	月	日
	委任者			
				印

振込エラー防止のため  
ここに振込先の店番号、口座番号、口座名義人フリガナがわかる  
通帳の写しを貼り付けるか、

以下に、取引金融機関の確認印を受けてください。

上記口座が存在することを確認しました。

金融機関名

確認年月日

確認印