

二宮町地域生活支援事業者登録変更申請書

年 月 日

二 宮 町 長 様

所在地

申請者

氏 名 _____

(法人にあつては名称及び代表者の氏名)

二宮町地域生活支援事業において指定・登録されている内容を次のとおり変更します。

現在登録されている内容	事業所又は施設	名 称			
		所 在 地	〒		
		電 話		FAX	
		事業所番号			
	地域生活支援事業の内容	実 施 事 業	事業開始予定年月日	届出・登録年月日	
		年 月 日	年 月 日		
		年 月 日	年 月 日		
		年 月 日	年 月 日		

変更内容	事業所又は施設	フリガナ			
		名 称			
		所 在 地	〒		
		電 話		FAX	
	地域生活支援事業の内容	実 施 事 業	事業開始予定年月日	届出・登録年月日	
		年 月 日	年 月 日		
		年 月 日	年 月 日		
		年 月 日	年 月 日		
事業の追加又は登録内容に変更がある場合は、付表及び参考様式を添付すること。					

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、別紙のとおり変更してよろしいか。				

付表

移動支援事業者の登録に係る記載事項（変更がある箇所のみ記入ください。）

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 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												
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、変更がある場合提出してください。また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（変更がある箇所のみ記入ください。）

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 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											
バックアップ期間		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、変更がある場合提出してください。また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

日常生活サポート事業事業者の登録に係る記載事項（変更がある箇所のみ記入ください。）

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								
従業者			日常生活 サポート事業 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)						
		<input type="checkbox"/>	<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"/> 大磯町全域 <input type="checkbox"/> 大磯町の一部(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"/> 大磯町外の事業所であるため、対象者は大磯町が支給決定している者であって大磯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、変更がある場合提出してください。また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

地域活動支援センター事業者の登録に係る記載事項（変更がある箇所のみ記入ください。）

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	申請に係る地域活動支援センター 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	精神保健福祉士 他同様の資格		指導員 (経験3年以上)		その他資格者 ()		その他資格者 ()		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 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、変更がある場合提出してください。また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 |

