

尼崎市障害者日中一時支援指定事業者指定登録申請書

年 月 日

尼崎市長 様

尼崎市障害者日中一時支援事業実施要綱第4条の規定により、指定登録を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ 法人の名称				
	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 -)			
	法人種別		法人所轄庁		
	主たる事務所の所在地等	(郵便番号 -)			
		E-mail			
電話番号			FAX番号		
登録を受けようとする事業所	フリガナ 名称				
	事業所の所在地等	(郵便番号 -)			
		E-mail			
		電話番号		FAX番号	
事業の開始の予定年月日		年 月 日			

障害者総合支援法及び介護保険法で既に指定を受けている事業について

・障害者総合支援法及び介護保険法で既に指定を受けている事業を記載してください。

法律の名称	サービス種類	事業所・施設名	指定年月日	指定事業所番号(左詰で記載してください)

(備考)

- 1 「法人種別」欄には、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記載してください。
- 2 「法人所轄庁」欄には、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。

(参考様式1)

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 (年 月分)

サービスの種類		日中一時支援		事業所・施設名		サービス提供単位※																													
		サービス提供単位名 (※複数のサービス提供単位を設定する場合のみ)																																	
定員		前年度の平均利用者数		指定基準上の必要職員数																															
平均障害程度区分 (生活介護の場合に記載)				人員配置区分等届出上の必要職員数																															
直接サービス提供職員	職種	勤務形態	氏名	第1週							第2週							第3週							第4週							4週の合計	週平均の勤務時間	常勤換算後の人数	資格等
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28				
				☆																															
合計																																			
1週間に当該事業所・施設における常勤職員の勤務すべき時間数																																	←必ず記入		
サービス提供時間																																			
その他の職員																																			

注1 ☆欄は、当該月の曜日を記入してください。

注2 「職種」欄は、直接サービス提供職員に係る職種を記載し、「勤務形態」欄は、①常勤・専従、②常勤・兼務、③非常勤・専従、④非常勤・兼務のいずれかを記載してください。

注3 「資格の種類等」欄には、「介護福祉士」「看護師」等の資格の種類、または「訪問介護員〇級」「居宅介護従業者〇級」等の研修の修了状況を記載して下さい。

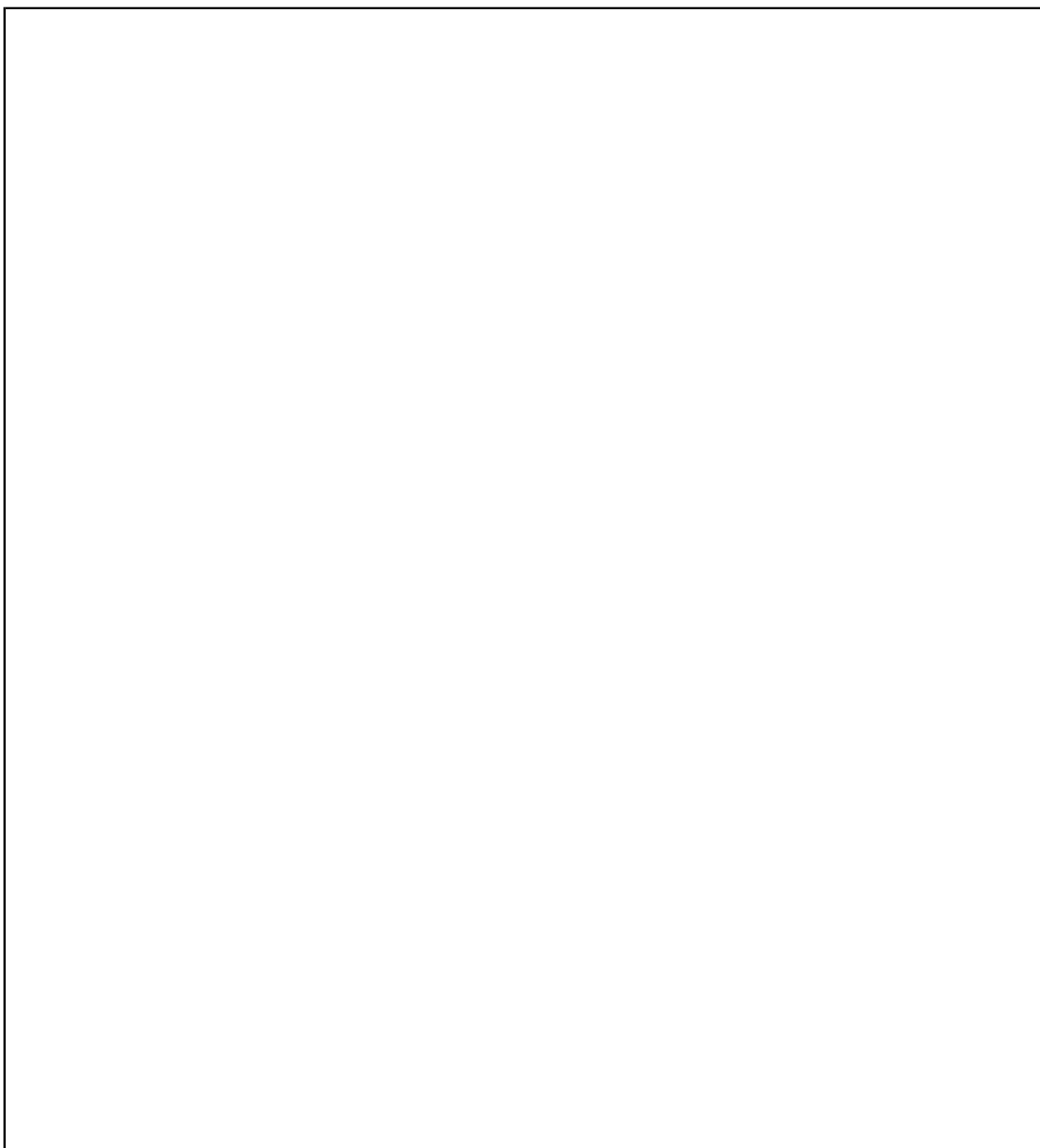
注4 常勤換算後の人数の算出に当たっては、小数点以下第2位を切り捨ててください。

注5 各事業所・施設において使用している勤務割表等 (変更の届出の場合は変更後の予定勤務割表等) により、届出の対象となる従業者の職種、勤務形態、氏名、当該業務の勤務時間が確認できる場合はその書類をもって添付書類として差し支えありません。

(参考様式2)

組 織 体 制 図

事業所の名称	
サービスの種類	日中一時支援
同一所在地において他に実施している事業	



- ※ 担当業務や兼務の状況が分かるように図又は文章による説明を加えてください。
- ※ 既存の組織体制図がある場合は、その写し等の添付でかまいません。

(参考様式3)

(管 理 者
 サービス管理責任者
 サービス提供責任者
 相談支援専門員)

経歴書

該当しない職種は二重線で消してください。

事業所の名称			
サービス種類			
兼務状況			
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名			
住所	(郵便番号 -)		
電話番号			
主な職歴等			
年 月 ~ 年 月	勤務先等	職務内容	
職務に関連する資格			
資格の種類	資格取得年月日		
職務に関連する研修の受講状況			
サービス管理責任者研修	<input type="checkbox"/>	年 月	分野を修了
	<input type="checkbox"/>	年 月	分野を修了
	<input type="checkbox"/> 未受講		
相談支援従事者研修 (障害者ケアマネジメント研修)	<input type="checkbox"/>	年 月	修了
	<input type="checkbox"/> 未受講		
上記以外の研修			

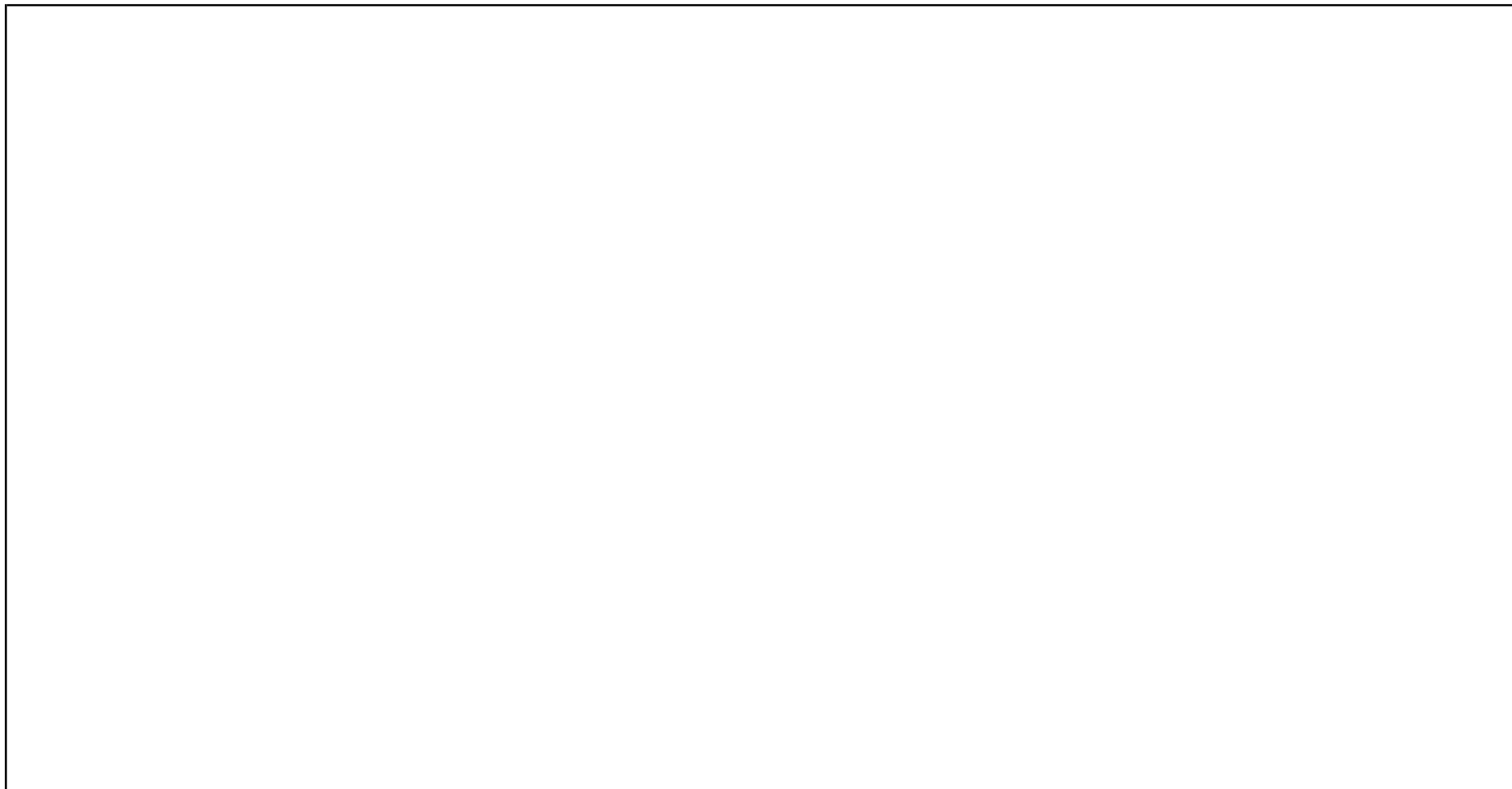
備考1 「兼務状況」の欄には、他に兼務する職がある場合、その職種、事業所名、サービス種類、勤務時間帯を全て記入し、兼務状況が分かるようにしてください。また、他に兼務がない場合は、「兼務なし」と記入してください。

2 住所・電話番号は、自宅のものを記載してください。

(参考様式6)

平面図

事業所の名称	
--------	--



備考1 各室の用途及び面積を記載してください。

2 当該事業所の専用部分と他の事業所等との共用部分がある場合はそれぞれ色分けする等して使用関係を分かり易く表示してください。

3 既存の図面がある場合は、この様式によらず、既存の資料を提出していただいてもかまいません。

(参考様式9) 利用者又はその家族からの苦情を解決するために講ずる措置の概要

事業所の名称	
サービスの種類	移動支援

措置の概要	
1	利用者（入所者）又はその家族からの相談又は苦情等に対応する常設窓口（連絡先）、担当者
2	円滑かつ迅速に苦情を解決するための処理体制・手順
	※具体的な対応方針
3	その他参考事項

※上記の項目は例示であるので、これに関わらず、適宜項目を追加し、その内容について具体的に記載してください。

(参考様式10)

主たる対象者を特定する理由等

事業所名	
サービスの種類	

1 申請に係るサービスの主たる対象者 ※該当するものを○で囲むこと。

身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 障害児 ・ 精神障害者 ・ 難病等対象者

2 主たる対象者を1のとおり特定する理由

3 今後における主たる対象者の拡充の予定

(1) 拡充予定の有無

あり ・ なし

(2) 拡充予定の内容及び予定時期

(3) 拡充のための方策