

# 指定申請事前相談シート(障害児通所支援)

相談日	年 月 日
-----	-------

## 1 申請者情報

申請 予定者	名 称		
	所 在 地		
	代 表 者		
	指 定 申 請 担 当 者		
	担当者 連絡先	電話番号	
		ファックス番号	
メールアドレス			

## 2 事業所基本情報

事業所名称						
事業所所在地						
事業開始年月日(指定希望日)	年 月 日					
支援の種類 (該当箇所には○印を入れ、定員を記入)	児童発達支援センター	名	児童発達支援事業	名	医療型児童発達支援	名
	放課後等デイサービス	名	保育所等訪問支援		居宅訪問型児童発達支援	
定員(事業所全体)	名					
事業実施地域						

## 3 サービス内容等

営業 日等	営業日		
	営業(業務)時間		
	サービス 提供時間 ※基準省 令でいう 「営業時 間」	平日	
		土日	
長期休暇			
費用 徴収	送迎費用		
	その他費用		
具体的なサービス内容 (1日のサービス 提供の流れ等)			
1日あたり利用見込人数			
利用見込人数の積算の考え方			

## 指定申請事前相談シート(障害児通所支援)

### 4 職員体制

職員 状況  <b>※経歴が分かるものをご持参ください。</b>	管理者	予定者情報			
		資格状況			
		兼務業務			
	児童発達 支援管理 責任者	予定者情報			
		資格状況			
		実務経験年数	全体	業務名:	〔年数: 〕
			うち障害児・児童・障害福祉経験	業務名:	〔年数: 〕
		研修受講状況	児童発達支援管理責任者研修 年 月 修了・予定 相談支援従事者初任者研修【講義部分】 年 月 修了・予定		
	人員配置 基準上配 置すべき職 員	予定者1	常勤・非常勤の別:	勤務時間:	
		予定者2	常勤・非常勤の別:	勤務時間:	
その他職員〔指導員〕					
厚生年金保険・健康保険の加入手続き		加入手続き済	加入手続き中	加入手続き予定【 月 日】	
		適用要件非該当			

### 5 設備状況

必要 な設 備の 確保 状況	建物状況	自己所有・賃借(借主名 )
	面積	○利用物件延床面積 : m <sup>2</sup> ○うち事業利用延床面積 : m <sup>2</sup> 【内訳】指導訓練室: m <sup>2</sup> 相談室: m <sup>2</sup> その他: m <sup>2</sup> <b>※平面図・写真等をご持参ください。</b>
	建築基準法に基づく用途変更手続き	1 必要(手続状況: ) 2 不要

### 6 その他必要な準備状況

運 営 規 程 に 定 め る べ き 事 項	自己評価結果公表	
	支援プログラムの公表	
	緊急時時の対応	
	非常災害時の対応	
	事故発生時の対応	
	身体拘束・虐待防止の対応	
近隣周辺への説明		

### 7 指定申請に当たっての相談・質問(項目立ての上、簡潔に記載してください。)