

様式第1号

(表)

年 月 日

女川町地域生活支援サービス指定事業者登録申請書

女川町長 殿

申請者 所在地
(設置者) 名称
代表者

印

障害者自立支援法に規定する地域生活支援事業のサービス提供事業所の登録を行いたいの
で、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

記

申請者 (設置者)	フリガナ					
	名称					
	主たる事務所の所在地	(〒 -)				
	法人である場合その種別		法人所管庁			
	連絡先電話番号		FAX番号			
	代表者の職・氏名	職名		フリガナ	氏名	
代表者の住所	(〒 -)					
登録を行おうとする事業所の種類	フリガナ					
	名称					
	事業所(施設)の所在地	(〒 -)				
	同一所在地において 行う事業等の種類	実施 事業	登録申請をする 事業等の事業開 始予定年月日	障害福祉サービスの 県指定を受けている事業等		
				実施 事業	事業等の 登録年月日	事業所番号
	登録事業所					
摘要						

備考

- 「法人である場合その種別」欄には、申請者が法人である場合に、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。
- 「法人所管庁」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。
- 「同一所在地において行う事業等の種類」欄には、今回申請をするもの及び既に登録を行っているものについて事業の種類を記載し、該当する欄には「 」を記載してください。
- 「事業所番号」欄には、既に障害福祉サービス事業所としての県の指定を受け、番号が付番されている場合に、その事業所番号を記載してください。複数の番号を有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。

(裏)

管 理 者 経 歴 書		
フリガナ	生年月日 年 月 日	
氏 名		
住 所 (〒 -)		
電話番号		

主 な 経 歴 等

年 月 日 ~ 年 月 日	勤 務 先 等	職 務 内 容
資格の種類	資格取得年月日	
備 考 (研修等受講の状況)		

サービス提供責任者経歴書		
フリガナ	生年月日 年 月 日	
氏 名		
住 所 (〒 -)		
電話番号		

主 な 経 歴 等

年 月 日 ~ 年 月 日	勤 務 先 等	職 務 内 容
資格の種類	資格取得年月日	
備 考 (研修等受講の状況)		

様式第1号の2

地域生活支援サービス提供事業所の登録に係る記載事項

受付番号	
------	--

事業者	フリガナ					
	名称	-----				
	所在地	(〒 -)				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
管理者	フリガナ			住所	(〒 -)	
	氏名					
	地域生活支援サービス従事者等との兼務の有無			有 ・ 無		
	事業所等の名称		-----			
兼務する職種及び勤務時間等		-----				
当該事業の実施について定めてある定款等				第 条第 項第 号		
サービス提供責任者	フリガナ			住所	(〒 -)	
	氏名					
従業者の職種・員数		地域生活支援サービス従事者		その他の従業者		
		専従		専従		
		兼務		兼務		
従業者数	常勤(人)					
	非常勤(人)					
基準上の必要人数(人)						
主な指示事項						
営業日						
営業時間						
登録サービスの内容		移動支援 地域活動支援センター 訪問入浴サービス 日中一時支援 経過的デイサービス				
主たる対象者		サービスの種類	主たる対象者			
利用料						
その他の費用						
通常の事業の実施地域						
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している ・ していない		
		苦情解決の措置概要		窓口 (連絡先)	担当者	
		その他				
添付書類		別添のとおり(定款、登記簿謄本、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(賃借対照表・財産目録等) 設備・備品等一覧表)				

- 備考 1 「受付番号」「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 3 「主な指示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 4 出張所等がある場合には、適宜付表を添付して記載してください。また、従業者については、本様式中に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
- 5 「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について記載してください。
- 6 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は適宜地図を添付してください。

様式第1号の3

地域生活支援サービスの主たる対象者を特定する理由等

登録事業所名	
地域生活支援サービスの種類	

1 申請に係る地域生活支援サービスの主たる対象者

身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 障害児 ・ 精神障害者

該当するものを で囲むこと。

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

様式第3号

変 更 届 出 書

年 月 日

女 川 町 長 殿

住所
 事 業 者 (所在地)
 (施設の設置者) 氏名
 (名称及び代表者氏名)

次のとおり登録を行った内容を変更しましたので届け出ます。

		事業所番号
登録内容を変更した登録事業所	名 称	
	所 在 地	
	サービスの種類	
1	事業所(施設)の名称	(変更前)
2	事業所(施設)の所在地(設置の場所)	(変更後)
3	申請者(設置者)の名所	
4	主たる事業所の所在地	
5	代表者の職氏名及び住所	
6	定款、登記簿謄本等(当該指定に係る事業に関するものに限る。)	
7	事業所(施設)の平面図及び設備の概要	
8	事業所(施設)の管理者の氏名及び住所	
9	事業所(施設)のサービス提供責任者の氏名及び住所	
10	主たる対象者	
11	運営規程	
12	当該申請に係る事業の開始予定年月日	
13	その他	
変 更 年 月 日		

備考1 当該項目番号に をつけてください。

2 変更内容の詳細がわかる書類を添付してください。

3 変更事項が生じる場合は、事前に市(町)に連絡のうえ、変更の日から10日以内に届け出てください。

様式第4号

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

女川町長 殿

事業者 (施設の設置者) 住所 (所在地) 氏名 (名称及び代表者氏名)

次のとおり事業の廃止(休止・再開)をしましたので届け出ます。

	事業所番号	
廃止(休止・再開)する事業所	名 称	
	所 在 地	
廃止・休止・再開の年月日		年 月 日
廃止・休止した理由		
現に地域生活支援サービスを受けていた者に対する措置(廃止・休止した場合のみ)		
休止予定期間		年 月 日 ~ 年 月 日

- (注) 1 事業の再開に係る届出にあつては、当該事業に係る従業員の勤務の体制及び勤務形態が休止前と異なる場合には、勤務体制・形態一覧表を添付してください。
2 廃止、休止又は再開について事前に市(町)に連絡のうえ、当該廃止、休止、又は再開の日から10日以内に届出をしてください。