

		受付番号		
事業所	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 —) 県	郡・市	
	連絡先	電話番号	FAX番号	
		Eメール		
当該事業について定めてある定款・寄付行為等の条文			第 条 第 項 第 号	
管理者	フリガナ	住所	(郵便番号 —)	
	氏名			
	生年月日			
	当該相談支援事業所における相談支援専門員との兼務の有無		有 ・ 無	
	他の事業所又は施設の従業者との兼務(有の場合、以下に記載)		有 ・ 無	
	事業所の名称		兼務する職種	
事業の種類		勤務時間		
従業者の職種・員数(人)		地域移行支援・地域定着支援に従事する者		
		相談支援専門員		
		その他の者		
		専従	兼務	
		専従	兼務	
常勤(人)				
非常勤(人)				
常勤換算後の人数(人)				
他の事業所又は施設の従業者との兼務(有の場合、別紙に記載)		有 ・ 無		
常時の連絡体制の確保の具体的方法(地域定着支援のみ)				
主な 揭示 事項	営業日			
	営業時間			
	主たる対象者	特定無し・身体障害者・知的障害者・精神障害者・障害児・難病患者等		
	その他の費用			
通常の事業実施地域				
添付書類		別添のとおり(登記事項証明書、事業所の平面図、運営規程、経歴書、入所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(貸借対照表・財産目録等))		

(備考)

1. 地域移行支援事業と地域定着支援事業の両方の指定を申請する場合についても、本様式1枚にまとめて提出してください。
2. 「受付番号」欄は、記入しないでください。
3. 「兼務」については、指定特定相談支援事業所、指定障害児相談支援事業所との兼務は除く。
4. 「常時の連絡体制」については、営業時間以外の事業所の人員体制(宿直等)や利用者との連絡体制を含め、具体的に記載してください。
5. 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
6. 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様に記載した書類を添付してください。

別紙 他の事業所又は施設の従事者と兼務する地域移行支援・地域定着支援に従事する者について

他の事業所又は施設の従業者と兼務する地域移行支援・地域定着支援に従事する者を全て記載してください。					
1	氏名		事業所の名称		
	フリガナ		事業の種類		兼務する職種
	氏名		勤務時間		
2	氏名		事業所の名称		
	フリガナ		事業の種類		兼務する職種
	氏名		勤務時間		
3	氏名		事業所の名称		
	フリガナ		事業の種類		兼務する職種
	氏名		勤務時間		
4	氏名		事業所の名称		
	フリガナ		事業の種類		兼務する職種
	氏名		勤務時間		
5	氏名		事業所の名称		
	フリガナ		事業の種類		兼務する職種
	氏名		勤務時間		