

年 月 日

申請者	所在地 名 称 代表者
-----	-------------------

[illegible]

申請者（設置者）	フリガナ 名称									
	主たる事務所の所在地	(〒 -) 県市								
	連絡先	電話番号	(内線)						FAX番号	
		E-mailアドレス								
	法人等の種類									
	代表者の職・氏名・生年月日	職名		フリガナ 氏名		生年 月日				
	代表者の住所	(郵便番号 -) 県市								
指定事業所を受けようとする種類	フリガナ 名称									
	事業所の所在地	(郵便番号 -) 県市								
	同一所在地において行う事業等の種類	今回の指定(更新)申請をする対象事業等に○	既に指定を受けている事業に○	事業の開始予定年月日	本申請書に添付して提出する様式(附表)					
	指定特定相談支援事業所				付表１					
	指定障害児相談支援事業所				付表１					
【既に指定を受けている場合】事業所番号										
【既に指定を受けている場合】事業所番号										

(備考)

- 更新申請の際には、本申請書の表題を「更新申請書」に変更して使用してください。
- 「法人等の種類」欄には、「社会福祉法人(社協以外)」、「社会福祉法人(社協)」、「医療法人」、「社団・財団」、「営利法人」、「非営利法人(NPO)」、「農協」、「生協」、「その他法人」、「地方公共団体(都道府県)」、「地方公共団体(市町村)」、「地方公共団体(広域連合・一部事務組合等)」、「非法人」、「その他」のいずれかを記入してください。
- 「同一所在地において行う事業等の種類」欄には、今回申請をする事業及び既に指定を受けている事業のそれぞれに「○」を記載してください。
- 「【既に指定を受けている場合】事業所番号」欄には、申請を行う都道府県等において既に事業所としての指定を受け、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。
- 「事業の開始予定年月日」欄については、更新の場合にあっては、現に受けている指定の有効期間満了日を記載してください。

付表1 指定特定相談支援事業所及び指定障害児相談支援事業所の指定に係る記載事項

サービス種別(申請するものに○)		特定相談支援		障害児相談支援				
事業所	フリガナ 名 称							
	所在地	(〒 -)						
	連 絡 先	電話番号		FAX				
	E-Mail							
管理者	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日				
	住 所	(〒 -)						
	当該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(兼務の場合記入)	事業所等の名称						
		兼務する職種及び勤務時間等						
相談支援専門員	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日				
			主任相談支援専門員に該当	有		無		
	住 所	(〒 -)						
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日				
			主任相談支援専門員に該当	有		無		
相談支援員	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日				
			保有資格	社会福祉士		精神保健福祉士		
	住 所	(〒 -) 県 市						
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等				第 条 第 項 第 号				
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項								
営業日(該当する日に○)	日	月	火	水	木	金	土	祝
	その他(年末年始等)							
営業時間	平日	:		~		:		
	土曜	:		~		:		
	日・祝	:		~		:		
主たる対象者								
その他の費用								
通常の事業の実施地域								

(備考)

- 記入欄が不足する場合は、任意の様式に記載したものを添付してください。
- 「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も記載してください。

記入欄不足時の資料

■相談支援専門員及び相談支援員

相談支援専門員	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名		主任相談支援専門員に該当	有	無	
	住所	(〒 -) 県市				
	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名		主任相談支援専門員に該当	有	無	
	住所	(〒 -) 県市				
	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名		主任相談支援専門員に該当	有	無	
	住所	(〒 -) 県市				
	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名		主任相談支援専門員に該当	有	無	
	住所	(〒 -) 県市				
相談支援員	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名		保有資格	社会福祉士	精神保健福祉士	
	住所	(〒 -) 県市				
	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名		保有資格	社会福祉士	精神保健福祉士	
	住所	(〒 -) 県市				