

指 定 申 請 書

(宛先)  
戸田市長

年 月 日

申請者 所在地  
(設置者) 名 称  
代表者

障害者自立支援法に規定する指定特定相談支援事業所及び児童福祉法に規定する指定障害児相談支援事業所に係る指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

申請者 (設置者)	フリガナ					
	名称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 — ) 県 郡・市				
	法人である場合その種別				法人所轄庁	
	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	(郵便番号 — ) 県 郡・市					
指定を受けようとする 事業の種類	フリガナ					
	名称					
	事業所の所在地	(郵便番号 — ) 県 郡・市				
	事業の種類	実施事業	指定申請をする事業の 事業開始予定年月日	様 式	備 考	
	特定相談支援事業			付表1		
	障害児相談支援事業			付表1		
既に特定相談支援事業の指定を受けている場合は記載してください。						
事業所番号					指 定 年 月 日	
既に地域相談支援事業(地域移行支援)の指定を受けている場合は記載してください。						
事業所番号					指 定 年 月 日	
既に地域相談支援事業(地域定着支援)の指定を受けている場合は記載してください。						
事業所番号					指 定 年 月 日	
介護保険法の居宅介護支援事業の指定を受けている場合は記載してください。						
事業所番号					指 定 年 月 日	
介護保険法の介護予防支援事業の指定を受けている場合は記載してください。						
事業所番号					指 定 年 月 日	

(備考)

- 「受付番号」欄には記載しないでください。
- 「法人である場合その種別」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」等の別を記してください。
- 「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。
- 「実施事業」欄には、今回申請をする相談支援事業の種類に「○」を記載してください。
- 「障害児相談支援事業」の指定を申請する場合は、「特定相談支援事業」の申請も併せて申請してください。
- 指定申請書の内容は、埼玉県の担当課に提供するので、あらかじめご了承ください。

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

受付番号

事業所	名 称					
	所在地	(郵便番号 <span style="border-bottom: 1px solid black; width: 50px;"></span> ) 県 <span style="border-bottom: 1px solid black; width: 50px;"></span> 郡・市 <span style="border-bottom: 1px solid black; width: 50px;"></span>				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
当該事業について定めてある定款・寄附行為等の条文			第 条 第 項 第 号			
管理者	フリガナ			住 所	(郵便番号 <span style="border-bottom: 1px solid black; width: 50px;"></span> )	
	氏 名					
	生年月日					
	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(以下、有の場合記載)				有 ・ 無	
	事業所の名称			兼務する職種		
	事業の種類			勤務時間		
従事者 (人の職 種・ 人数)			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、付表1-2に記載)				有 ・ 無		
総合的 な相 談支 援の 実 施 体 制 の 具 体 的 な 方 法	事業の主たる対象とする障害の種類の定め		有 ・ 無			
	主たる対象としていない者への対応体制					
	医療機関及び行政との連携体制					
	計画的な研修又は当該事業所における事例の検討等を行う体制					
主な 掲 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			
	そ の 他 の 費 用					
	通常の実業実施地域					
添 付 書 類		別添のとおり(定款・寄附行為等及び登記簿の謄本又は条例等並びに事業所の平面図、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)等)				

(備考)

- 1 特定相談支援事業と障害児相談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、記載しないでください。
- 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及び指定一般相談支援事業所との兼務を除きます。
- 4 「総合的な相談支援の実施体制の具体的な方法」については、具体的な内容について記載する他、それぞれ根拠となる書類も提出してください。この場合において、「主たる対象としていない者への対応体制」については、「事業の主たる対象とする障害の種類」の定めが有の場合に記載してください。
- 5 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別途資料として添付して差し支えありません。

他の事業所又は施設の従事者と兼務する相談支援専門員について

他の事業所又は施設の従業者と兼務する相談支援専門員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		



第2号様式(第3条関係)

変更届出書

年 月 日

(宛先)  
戸田市長

事業者 住所  
(所在地)

氏名  
(名称及び代表者氏名)

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

		事業所番号									
指定内容を変更した事業所		名称 所在地									
変更があった事項		変更の内容									
		(変更前)					(変更後)				
1	事業所(施設)の名称										
2	事業所(施設)の所在地(設置の場所)										
3	申請者(設置者)の名称										
4	主たる事務所の所在地										
5	代表者の氏名、生年月日、住所及び職名										
6	登記事項証明書又は条例等(当該指定に係る事業に関するものに限る。)										
7	事業所の平面図及び設備の概要										
8	事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴										
9	相談支援専門員の氏名、生年月日、住所及び経歴										
10	運営規程										
変更年月日		年月日									

(備考)

- 1 該当項目番号に○を付してください。
- 2 変更内容が分かる書類を添付してください。
- 3 変更の日から10日以内に届け出てください。

### 廃止(休止・再開)届出書

年 月 日

(宛先)  
戸田市長

住所  
事業 者(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)した年月日	年 月 日
廃止又は休止した理由	
現に指定計画相談支援又は 指定障害児相談支援を受けていた者に 対する措置 (廃止又は休止した場合のみ)	
休 止 予 定 期 間	年 月 日から 年 月 日まで

(備考)

- 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 再開の日から10日以内に届け出てください。
- 3 廃止又は休止の日の1月前までに届け出てください。