

付表14 指定一般相談支援事業所の指定等に係る記載事項

サービス種別(申請するものに○)		地域移行支援			地域定着支援			
事業所	フリガナ							
	名 称							
	所在地	(郵便番号 -)						
	電話番号							
	E-Mail							
管理者	フリガナ			生年月日	年 月 日			
	氏 名							
	住 所	(郵便番号 -)						
	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						
指定地域相談支援の提供に当たる者	フリガナ			生年月日	年 月 日			
	氏 名							
	住 所	(郵便番号 -)						
	フリガナ			生年月日	年 月 日			
	氏 名							
	住 所	(郵便番号 -)						
	フリガナ			生年月日	年 月 日			
	氏 名							
	住 所	(郵便番号 -)						
	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								
常時の連絡体制の確保の具体的方法(地域定着支援のみ)								
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	:			~			:
その他の費用								
通常の事業の実施地域								

(備考)

1. 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。
2. 「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

■指定地域相談支援の提供に当たる者

[illegible]