

千葉県知事 様

指定障害福祉サービス事業者等の指定または更新における事業相談シートについて次のとおり提出します。

障害福祉サービス等の種類			多機能型・共生型実施の有無				
申請者	フリガナ 名 称						
	主たる事務所の所在地	(郵便番号)					
	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)					
	代表者の生年月日						
指定（指定の更新）を受けようとする事業者の事業所情報	主たる事業所(施設)の所在地	フリガナ 名 称					
		(郵便番号)					
	従たる事業所(施設)の所在地	フリガナ 名 称					
		(郵便番号)					
	指定(指定の更新)申請をする事業の開始(更新)予定年月日		利用者の推定数(サービス種別ごとに記載)(※2)				
	運 営 規 程	事業の目的および運営の方針					
		従業者の職種、人数および職務の内容	職種	常勤	非常勤	職務の内容	
			管理者				
			サービス管理責任者				
			児童発達支援管理責任者				
			サービス提供責任者				
計	0名	0名	合計0名				
営業日および営業時間							
事業開始(又は事業の更新)時の利用定員	サービスの種類	利用定員					
事業開始(又は事業の更新)時の利用定員の増員見込	サービスの種類	利用定員	増加の時期 (年 月頃)				
通常の事業の実施地域							
主たる対象者(該当するものに○)	障害福祉サービス事業等	身体障害者	知的障害者	障害児	精神障害者	難病等対象者	
	障害児通所支援事業	重症心身障害児		重症心身障害児以外			

(※1) 申請事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するときに記載します(指定一般相談支援事業に関しては不要です。)。なお、従たる事業所が2箇所以上の場合は行を追加してください。

(※2) 「利用者の推定数」は、療養介護、生活介護、短期入所(併設事業所において行うものに限ります。)、自立訓練(機能訓練)、自立訓練(生活訓練)、就労選択支援、就労移行支援、就労継続支援A型、就労継続支援B型、就労定着支援、自立生活援助または共同生活援助に限ります。

・位置図・平面図は、別紙により添付してください。

担当者職・氏名	
電話番号	
メール	