様式第４号（第6条関係）

松阪市障害者日中一時支援事業者指定申請書

（宛先）松阪市福祉事務所長

　　　　　　　年　　 月 　　日

 （申請者）

所在地：

名　称：

代表者の職・名前：　　　　　　　　　　　　　　　㊞

松阪市障害者日中一時支援事業実施規則第6条の規定により、日中一時支援指定事業者の指定を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定を受けようとする事業所 | フリガナ |  |
| 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 連絡先 | 電話番号 |  |
| E-mail |  |
| 責任者名 |  |
| 開始予定年月日 |  |
| 指定要件\*必要書類を添付すること(※1) | いずれかに〇をしてください（　　）①指定障害福祉サービス事業者（　　）②指定障害児通所支援事業者（　　）③その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| この申請に係る担当者 | （電話番号）（E-Mail） |

(※1) 添付書類

①②③共通　　　　運営規程、事業所平面図

①に該当する場合　指定障害福祉サービス事業者の指定通知の写し

②に該当する場合　指定障害児通所支援事業者の指定通知の写し

③に該当する場合　定款又は登記簿、従業員の勤務の体制及び事業所の設備の概要並びに施設長（責任者）及び従業者（指導員）の経歴書、資格者証及び研修終了証書

（別紙）日中一時支援の利用定員等

|  |  |
| --- | --- |
| 利用定員 | 　　　　　　　　　　　人 |
| 事業形態 | □ 単独型　　　　　　□ 併設型 |
| 管理者名 |  |
| 専従職員の有無 | □ 専従職員有り□ 専従職員無し（兼務のみ） |
| 開所日 | □月　　□火　　□水　　□木　　□金　　□土　　□日　　□祝日 |
| 利用可能時間 | 〔平日〕　　　　　　　　：　　　　　～　　　　　：〔土日祝日〕　　　　　　：　　　　　～　　　　　： |
| 送迎 | □ 送迎有り□ 送迎無し |
| 食事提供 | □ 食事提供有り　　　 ・ 介護給付費における食事提供体制加算に準じた体制　　 　 □ 整備　　　　□ 未整備（食事提供加算の算定は不可）　 ・ １食あたりの額（　　　　　 　　　　円）□ 食事提供無し |
| 入浴 | □ 入浴サービス提供有り□ 入浴サービス提供無し |
| 主たる対象者 | □ 特定なし　□ 身体障害　□ 知的障害　□ 精神障害　□ 障害児 |
| 学校の長期休暇期間における障害児の対応 | □対応可□対応不可　特記事項など（あれば記載）（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |