

松阪市地域生活支援拠点等事業所登録届出書

年 月 日

(宛先) 松阪市長

申請者 所在地 **松阪市殿町 111**
 事業者名 **社会福祉法人松阪**
 代表者名 **松阪 太郎** 

松阪市の地域生活支援拠点の機能を担う事業所として下記の

事業所	フリガナ	マツサカジギョウシヨ			
	名称	松阪 事業所			
	所在地	松阪市殿町 112			
	連絡先	電話番号	0598-99-1111	F A X	0598-99-1112
		E-mail	xxx@email-jp		
	責任者名	松阪 次郎			
	担当者	松阪 三郎 連絡先 (0598-99-1111)			
	開始予定年月日	令和6年1月1日			
	緊急時の連絡先	電話番号	090-1111-9999	F A X	0598-99-1112
	事業所の種類 ※ いずれかに○をしてください。	<input checked="" type="radio"/> ①指定障害福祉サービス事業所 <input type="radio"/> ②指定一般相談支援事業所 <input type="radio"/> ③指定特定相談支援事業所 <input type="radio"/> ④指定障害児通所支援事業所 <input type="radio"/> ⑤指定障害児相談支援事業所			
担う機能 ※ 該当するものに○をしてください。	<input type="radio"/> ①相談 <input checked="" type="radio"/> ②緊急時の受入れ・対応 <input type="radio"/> ③体験の機会・場 <input type="radio"/> ④専門的人材の確保・養成 <input checked="" type="radio"/> ⑤地域の体制づくり				
備考	※ 拠点等事業所に登録するにあたり、特記事項等あればご記入ください。				

登録していただく事業所の種類ごとにご提出ください。
 例) 相談相談支援事業所と短期入所事業所を届出される場合は2枚ご提出ください。

令和5年11月20日までに届出をしていただく場合、開始予定年月日を令和6年1月1日としてください。

担う機能に○をしてください。「⑤地域の体制づくり」は必須です。

※ 関係書類として地域生活支援拠点等事業所である旨を定めた「運営規程の写し」を提出してください。