付表９

|  |
| --- |
|  |

指定障害児相談支援

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | | フリガナ | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | （郵便番号　　　　-　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | | | 電話番号 | |  | | | | | | FAX番号 | |  | | | | | |
| E-mail | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 当該事業の実施について規定されている定款、寄附行為等又は条例等の条文 | | | | | | | | | | | | | | | | | 第　　条　第　　項　第　　号 | | | | | |
| 管理者 | | フリガナ | | | | | |  | | | | | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | |
| 氏名 | | | | | |  | | | | | | |
| 住所 | | | | | | （郵便番号　　　　-　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 当該相談支援事業所における相談支援専門員との兼務 | | | | | | | | | | | | | | | 有　　・　　無 | | | | | |
| 他の事業所又は施設の従業者との兼務（有の場合、以下に記載） | | | | | | | | | | | | | | | 有　　・　　無 | | | | | |
| 事業所等の名称 | | | |  | | | | | | | 兼務する他の職種 | | | | | |  | | | |
| 事業の種類 | | | |  | | | | | | | 勤務時間等 | | | | | |  | | | |
| 相談支援  専門員 | | | | フリガナ | | | |  | | | | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | | |
| 氏名 | | | |  | | | | | |
| 住所 | | | | （郵便番号　　　　-　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 従業者の職種及び員数 | | | | | | | | 相談支援専門員 | | | | | | | | その他の者 | | | | | | |
| 専従 | | | 兼務 | | | | | 専従 | | | | | 兼務 | |
|  | 従業者数 | | | | 常勤(人) | | |  | | |  | | | | |  | | | | |  | |
| 非常勤(人) | | |  | | |  | | | | |  | | | | |  | |
| 常勤換算後の人数(人) | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |
| ※基準上の必要人数(人) | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |
| 他の事業所又は施設の従業者との兼務（有の場合、別紙に記載） | | | | | | | | | | | | | | | | | 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  種類の定めの有無 | | | | | | | 有　　・　　無 | | | | | | | | | | | | |
| 主たる対象としていない者への  対応体制 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関や行政との連携体制 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 多機能型実施の有無 | | | | | | | 有　　・　　無 | | | | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業の実施地域 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用料 | | | | | | | 厚生労働大臣の定める額 | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の費用 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| その他参考となる事項 | | | | | | | 第三者評価の実施状況 | | | | している・していない | | | | | | | | | | |
| 苦情解決の措置概要 | | | | 窓口(連絡先) | | | |  | | | | 担当者 | |  |
| その他 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | | | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | | | |

備考

　　１　「基準上の必要人数」欄には、記入しないこと。

　　２　「その他の費用」欄には、障害児又は保護者等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記入すること。

　　３　「その他」欄には、その内容を簡潔に記入すること。

　　４　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか、又は別葉に記載した書類を添付すること。

　　５　添付書類

　　　(1)　定款、寄附行為等及び登記事項証明書又は条例等

　　　(2)　事業所の平面図（各室の用途を明示するものとする。）及び設備の概要を記載した書面

　　　(3)　管理者の経歴を記載した書面

　　　(4)　相談支援専門員の経歴を記載した書面

　　　(5)　運営規程

　　　(6)　障害児又はその家族からの苦情を解決するために講ずる措置の概要を記載した書面

　　　(7)　従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書面

　　　(8)　当該申請に係る事業に係る資産の状況を記載した書面(貸借対照表、財産目録等)

　　　(9)　当該申請に係る事業に係る障害児通所給付費の請求に関する事項を記載した書面

　　　(10)　申請者の施設の外観及び室内を写した写真等

　　　(11)　児童福祉法第21条の５の15第２項各号に掲げる事由に該当しない旨の誓約書

　　　(12)　障害児通所給付費の算定に係る体制等に関する届出書

　　　(13)　その他指定に関し必要と認める事項を記載した書面

（別紙）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 | フリガナ |  | 事業所の名称 |  | | |
| 氏名 |  | 事業の種類 |  | 兼務する職種 |  |
| 勤務時間 |  | | |
| ２ | フリガナ |  | 事業所の名称 |  | | |
| 氏名 |  | 事業の種類 |  | 兼務する職種 |  |
| 勤務時間 |  | | |
| ３ | フリガナ |  | 事業所の名称 |  | | |
| 氏名 |  | 事業の種類 |  | 兼務する職種 |  |
| 勤務時間 |  | | |
| ４ | フリガナ |  | 事業所の名称 |  | | |
| 氏名 |  | 事業の種類 |  | 兼務する職種 |  |
| 勤務時間 |  | | |
| ５ | フリガナ |  | 事業所の名称 |  | | |
| 氏名 |  | 事業の種類 |  | 兼務する職種 |  |
| 勤務時間 |  | | |