

受付番号	
------	--

指定障害福祉サービス事業者
指定障害者支援施設
指定一般相談支援事業者
指定特定相談支援事業者

指定申請書

提出日を記入

提出日を記入

△年○月×日

所在地 川越市元町1-3-1
名称 社会福祉法人 障害者福祉
代表者 理事長 川越 太郎

必要事項を記入。名称、所在地、代表者氏名は上記と一致していること。

申請者（設置者）	フリガナ 名称	シャイクフホムジン ショウカ イヤクサカイ 社会福祉法人 障害者福祉会												
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 350-8601) 川越市元町1-3-1												
	法人の種別	社会福祉法人		法人所轄庁	川越市									
	連絡先 電話番号	049-224-8811		FAX番号	049-225-3033									
	代表者の職名・氏名 ・生年月日	フリガナ 氏名	カコエ タロウ 川越 太郎	職名	理事長 昭和〇〇年〇〇月〇〇日									
	代表者の住所	(郵便番号 350-8601) 川越市元町1-3-1												
	他の法律におけるサービス	サービス名	生活介護											
			事業所番号 123344555											
指定を受けようとする事業所・施設の種類の種類	フリガナ 名称	グループホームカワゴエ グループホーム川越												
	事業所(施設)の所在地	(郵便番号 350-〇〇〇〇) 川越市元町1-3-1												
	同一所在地において行う事業等の種類	実施指 事業	「○」を記入 事業開始予定年月日	付表	他の法律において既に指定を受けている事業等の指定年月日		備考							
	指定障害福祉サービス事業所	共同生活援助 短期入所	平成24年4月1日 令和2年12月1日	付表 付表 付表 付表										
					「付表4」と記入									
	指定障害者支援施設			付表 付表 付表 付表										
	指定一般相談支援事業所 (地域移行支援)			付表										
	指定一般相談支援事業所 (地域定着支援)			付表										
	指定特定相談支援事業所			付表										
	障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律にて既に指定を受けている場合は、記入してください。													
	事業所番号							指定年月日						

必要事項を記入する。付表4の事業所名称、所在地と一致していること。

備考

- 1 「受付番号」の欄には、記入しないでください。
- 2 「法人の種類」の欄には、「社会福祉法人」、「医療法人」、「公益社団法人」、「一般財団法人」、「株式会社」、「有限会社」等の別を記入してください。
- 3 「法人所轄庁」の欄には、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記入してください。
- 4 「他の法律におけるサービス」の欄には、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第41条の2の共生型障害福祉サービス事業者の特例により申請を行う場合に、介護保険法又は児童福祉法において指定を受けている事業等の名称及び当該指定に係る事業所の事業所番号を記入してください。
- 5 「同一所在地において行う事業等の種類」の欄には、今回申請をするもの及び既に指定を受けているものについての事業の種類を記入し、「実施事業」の欄に○印を記入してください。
- 6 「事業所番号」の欄には、川越市において既に事業所等の指定を受け、事業所番号が付番されている場合に、その事業所番号を記入してください。複数の事業所番号を有する場合及び他の法律において既に指定を受けている場合は、別紙にその全てを記入してください。
- 7 申請する事業所・施設の事業等の種類に応じて、付表を添付してください。

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律において既に指定を受けている事業等について

[illegible]

他の法律（児童福祉法・介護保険法）において既に指定を受けている事業等について

[illegible]

受付番号	
------	--

事業所	フリガナ	グループホームカワゴエ									
	名称	グループホーム川越									
	所在地	(郵便番号 350 - ××××) 川越市元町1-3-1									
管理者	連絡先	電話番号	049-224-5785				FAX番号	049-225-3033			
	フリガナ	カワゴエ タロウ		(郵便番号 350-0000)							
	氏名	川越 太郎		住所		川越市元町〇〇					
	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日		事業所等の名称		グループホーム川越 (GH)					
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設 (兼務の場合のみ記入)			兼務する職種及び勤務時間等		管理者 9:00~17:00					
事業所の種別	<input checked="" type="checkbox"/> 併設型 <input type="checkbox"/> 空床型 <input type="checkbox"/> 単独型		<input type="checkbox"/> 併設型・単独型の場合		利用定員数 (人)		前年度の平均入所者数 (人)		2 1.8		
併設 (本体) 施設	名称		グループホーム川越								
施設種別等	グループホーム					併設 (本体) 施設の入所者の定員 (人)					
単独型事業所の居室	1室の最大定員 (人)					入所者1人当たりの最小床面積					㎡
従業者の職種・員数 (人)	サービス管理責任者		医師		看護職員						心理判定員
	専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務
	従業者数	常勤 (人)	1								
		非常勤 (人)		1							
	常勤換算後の人数 (人)	1	0.1								
基準上の必要人数 (人)											
職能判定員	合計		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員		あん摩マッサージ指圧師		生活支援員
	専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務
	従業者数	常勤 (人)									3
		非常勤 (人)									1
	常勤換算後の人数 (人)										3.5
基準上の必要人数 (人)											
職業指導員	就労支援員		介護職員		児童指導員		保育士		精神保健福祉士		その他の従業者
	専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務
	従業者数	常勤 (人)									2
		非常勤 (人)									1
	常勤換算後の人数 (人)										2.5
基準上の必要人数 (人)											
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の条文	第 一 条 第 一 項 第 号										
主な対象者	特定なし・身体障害者・知的障害者・障害児・精神障害者・難病等対象者										
利用料	厚労省の定める基準による										
その他の費用	食費・日用品費										
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況 苦情解決の措置の概要 窓口 (連絡先) 事業所 担当者 川越 花子										
協力医療機関	名称		〇〇病院		主な診療科名		内科				
報酬額以外で利用者から受領している費用を記入。運営規程と一致させること。	添付書類「利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要」の内容と一致していること。										
	添付書類「協力医療機関との契約の内容がわかるもの」で添付した協力医療機関の名称と科名を										

添付書類「運営
規程」の内容等
と一致しているこ
と。

- 添付書類「運営規程」の内容と一致していること。
- 「人数」の欄には、記入しないでください。
- 「平均入所者数」の欄には、利用者の推定数を記入してください。
- 3 「兼務」の欄には、本体施設との兼務を行う従業者について記入してください。
- 4 「その他の費用」の欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス等の内容を記入してください。
- 5 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、別様に記入した書類を添付してください。