様式第18号(第17条関係)

岡山市地域生活支援事業登録申請書

年　　月　　日

　岡山市長　　　　様

申請者　　住所(法人にあっては，主たる事務所の所在地)

氏名(法人にあっては，名称及び代表者氏名)

　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 (平成17年法律第123号)第77条の規定に基づく地域生活支援事業を実施する事業者として登録したいので，関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者(設置者) | フリガナ | 　 |
| 氏名(名称) | 　 |
| フリガナ | 　 |
| 住所(主たる事務所の所在地) | (郵便番号　　　　―　　　　) |
| 申請者連絡先 | 電話番号 | 　 | FAX番号 | 　 |
| 法人の種別 | 　 | 　 | 　 |
| 代表者の職・氏名 | 職名 | 　 | フリガナ | 　 |
| 氏名 | 　 |
| フリガナ | 　 |
| 代表者の住所 | (郵便番号　　　　―　　　　) |
| 申請する事業所等 | フリガナ | 　 |
| 名称 | 　 |
| フリガナ | 　 |
| 事業所(施設)の所在地 | (郵便番号　　　　―　　　　) |
| 事業所連絡先 | 電話番号 | 　 | FAX番号 | 　 |
| 申請する事業の種類 | 相談支援事業 | 　 | 日中一時支援(レスパイト) | 　 |
| コミュニケーション支援事業 | 　 | 日中一時支援(タイムケア) | 　 |
| 移動支援事業 | 　 | 生活サポート事業 | 　 |
| 地域活動支援センターⅠ型 | 　 | 福祉ホーム | 　 |
| 地域活動支援センターⅡ型 | 　 | 訪問入浴サービス | 　 |
| 地域活動支援センターⅢ型 | 　 | 　 | 　 |
| 小規模作業所 | 　 | 　 | 　 |
| 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場合 | (事業所番号) | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| (障害福祉サービスの種類) | 　 |

　※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ける事業者指定申請中の場合は，事業所番号は記入する必要はありません。

申請する事業の詳細

|  |  |
| --- | --- |
| 事業の名称 | 　 |
| 定員 | 　 |
| 事業開設(営業)日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 祝 | その他年間の休日 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 開設(営業)時間 | 平日 | 　 | 土曜 | 　 | 日曜祝日 | 　 |
| サービス内容 | 　 | 　 | 　 |
| サービス利用料 | 　 | 　 | 　 |
| その他費用 | 　 | 　 | 　 |
| 通常の実施地域 | 　 | 　 | 　 |
| 事業の特色 | 　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 事業の名称 | 　 |
| 定員 | 　 |
| 事業開設(営業)日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 祝 | その他年間の休日 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 開設(営業)時間 | 平日 | 　 | 土曜 | 　 | 日曜祝日 | 　 |
| サービス内容 | 　 | 　 | 　 |
| サービス利用料 | 　 | 　 | 　 |
| その他費用 | 　 | 　 | 　 |
| 通常の実施地域 | 　 | 　 | 　 |
| 事業の特色 | 　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 事業の名称 | 　 |
| 定員 | 　 |
| 事業開設(営業)日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 祝 | その他年間の休日 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 開設(営業)時間 | 平日 | 　 | 土曜 | 　 | 日曜祝日 | 　 |
| サービス内容 | 　 | 　 | 　 |
| サービス利用料 | 　 | 　 | 　 |
| その他費用 | 　 | 　 | 　 |
| 通常の実施地域 | 　 | 　 | 　 |
| 事業の特色 | 　 |

設備・室名・備品等一覧表

事業所の名称(　　　　　　　　　　　　　　)

サービスの種類(　　　　　　　　　　　　　)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 設備の概要 | 設備の規格及び数量 | 適合の可否 |
| サービス提供上備えるべき必要な設備の種類 | 　 | 　 |
| 室名 | 室の面積・備品の品目及び数量等 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |

備考　1　登録するサービスに係る関係要綱を参考にして作成してください。

　　　2　必要に応じて写真等を添付し，その旨を併せて記載してください。

　　　3　「適合の可否」欄には，何も記載しないでください。

　　　4　記載欄が不足する場合には，適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。

　従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表(　　　年　　　月分)

事業所名(　　　　　　　　　　　　　　　　)

サービスの種類(　　　　　　　　　　　　　　　　)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職種 | 勤務形態 | 氏名 | 第1週 | 第2週 | 第3週 | 第4週 | 4週の合計 | 週平均の勤務時間 | 常勤換算後の人数 | 資格の有無(種類) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| ＊ | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| (記載例―1) | ① | ① | ③ | ② | ④ | ① | ④ | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| (記載例―2) | ab | ab | ab | cd | cd | e | e | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

備考　1　＊欄には，当該月の曜日を記載してください。

　　　2　申請する事業に係る従業員全員(管理者を含む。)について，4週間分の勤務すべき時間数を記載してください。勤務時間ごとあるいはサービス提供時間単位ごとに区分して番号を付し，その番号を記載してください。

　　　　 (記載例1―勤務時間　①8：30～17：00，②16：30～1：00，③O：30～9：00，④休日)

　　　　 (記載例2―サービス提供時間　a　9：00～12：00，b　13：00～16：00，c　10：30～13：30，d　14：30～17：30，e　休日)

　　　　 ※1　複数単位実施の場合，その全てを記載してください。

　　　　 ※2　常勤換算に必要な従業員と，常勤換算に必要のない従業員と，分けて記載してください。

　　　3　職種ごとに下記の「勤務形態」の区分の順にまとめて記載し，「週平均の勤務時間」については，職種ごとのAの小計と，B～Dまでを加えた数の小計の行を挿入してください。

　　　　　「勤務形態」の区分　　A：常勤で専従　　B：常勤で兼務　　C：常勤以外で専従　　D：常勤以外で兼務

　　　4　常勤換算が必要な職種は，A～Dの「週平均の勤務時間」をすべて足し，常勤の従事者が週に勤務すべき時間数で割って，「常勤換算後の人数」を算出してください。

　　　5　算出にあたっては，小数点以下第2位を切り捨ててください。

　　　6　各事業所・施設において使用している勤務割当表等(既に事業を実施しているときは直近月の実績)により，職種，勤務形態，氏名及び当該業務の勤務時間が確認できる場合は，その書類をもって添付書類として差し支えありません。

　　　7　「資格の有無(種類)」欄には，資格がある場合は介護福祉士，看護師等の資格，又は養成研修等を受講している場合は「ホームヘルパー○級」等を記載してください。

　　　8　資格を有することを証する書面の写しを添付すること。

(参考様式：平面図)

　　平面図

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 事業所の名称 | 　 |

|  |
| --- |
| 　 |
| 　 | 作業室　○○m2 | 便所○○m2 | 食堂○○m2 | 　 | 　 |
| 玄関ホール |
| 　 |
| 　 |
| 　　　 日常生活訓練室兼社会適応訓練室○○m2 | 浴室○○m2 | 静養室兼相談室○○m2 | 事務室○○m2 |
| ※　(例)日中一時支援の場合　　　　　 |

備考　1　各室の用途及び面積を記載してください。

　　　2　当該事業所の専用部分と他の事業所との共有部分がある場合には，それぞれを色分けする等して，使用関係を分かりやすく表示してください。

　　　3　申請する事業に使用される箇所(事務室，相談室等)を太線で囲んでください。

（参考様式）

　年　　　月　　　日

岡 山 市 長　　　　様

（申請者）

所在地

名称

代表者職・氏名

（事業所・施設）

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所番号 |  |
| 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 申請する事業の種類 |  |

消防法施行令別表第１の適用確認について

このたび登録の申請（変更の届出）を行った当該事業所（施設）については、所轄消防署から次のとおり確認を受けています。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 確認年月日 | 　　 年　　 月　　 日 |
| 確認を受けた所轄消防署名 |  |
| 確認を受けた担当課　担当者名 |  |
| 消防法施行令別表第１の適用項 | □(6)項ロ　□(6)項ハ　□その他（　　　　　）　□該当なし |
| 消防から受けた指導内容 |  |
| 上記に対する対応状況 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 記入担当者 |  |
| 電話番号 |  |

※この書類は岡山市地域生活支援事業登録申請書等とともに岡山市障害福祉課へ提出してください。