

第1号様式(第2条関係)

受付番号	
------	--

指定特定相談支援事業者
指定障害児相談支援事業者
指定申請書

年 月 日

目黒区長 宛て

申請者 所在地 東京都目黒区 1 - 2 - 3
(設置者) 名称 社会福祉法人
代表者 理事長 目黒 太郎

代表者印を
忘れずに



障害者総合支援法に規定する指定特定相談支援事業者及び児童福祉法に規定する指定障害児相談支援事業者に係る指定を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者 (設置者)	フリガナ	シャカイフクシホウジン マルマルカイ		
	事業者の名称	社会福祉法人 会		
	主たる事務所の所在地	(郵便番号) 東京都目黒区 1 - 2 - 3		
	法人の種別	社会福祉法人 会	法人所轄庁	東京都
	連絡先 電話番号	-	FAX番号	-
	代表者の職・氏名	職名 理事長	フリガナ 氏名	メグロ タロウ 目黒 太郎
	代表者の住所	(郵便番号) 東京都目黒区 4 - 5 - 6		
指定 事業所 を受け よう とする 種類	フリガナ	マルマルソウダンシエンセンター		
	事業所の名称	相談支援センター		
	事業所の所在地	(郵便番号) 東京都目黒区 7 - 8 - 9		
	事業の種類	実施指定申請をする事業の 事業開始予定年月日	備考	
	特定相談支援事業	平成24年4月1日		
	障害児相談支援事業	平成24年4月1日		
既に特定相談支援事業者の指定を受けている場合は、記載してください。				
事業所番号				指定年月日
既に地域相談支援事業(地域移行支援)者の指定を受けている場合は、記載してください。				
事業所番号				指定年月日
既に地域相談支援事業(地域定着支援)者の指定を受けている場合は、記載してください。				
事業所番号				指定年月日
介護保険法の居宅介護支援事業者の指定を受けている場合は、記載してください。				
事業所番号				指定年月日
介護保険法の介護予防支援事業者の指定を受けている場合は、記載してください。				
事業所番号				指定年月日

指定特定相談支援
指定障害児相談支援

事業所の指定に係る記載事項書

受付番号	(記入不要)
------	--------

事業所	名称	相談支援センター				
	所在地	(郵便番号 -) 東京都目黒区 1 - 2 - 3				
	連絡先	電話番号	- -	FAX番号	- -	
当該事業について定めてある定款、寄附行為等の条文			第 条第 項第 号			
管理者	フリガナ	メグロ タロウ		住所	(郵便番号 -)	
	氏名	目黒 太郎			東京都目黒区 4 - 5 - 6	
	生年月日	昭和 年 月 日				
	当該事業所における相談支援専門員との兼務の有無				有 ・ 無	
	他の事業所又は施設の従業者との兼務(以下、有の場合記載)				有 ・ 無	
	事業所の名称		居宅介護センター		兼務する職種	管理者
事業の種類		居宅介護		勤務時間	午前9時～午後6時	
従事者の職数・職種			相談支援専門員		その他の者	
			専従	兼務	専従	兼務
	常勤(人)		1			
	非常勤(人)			1		
	常勤換算後の人数(人)		1	0.5		
他の事業所又は施設の従業者との兼務(有の場合、裏面に記載)				有 ・ 無		
施設総合的・法的な支援の法実	事業の主たる対象とする障害の種類等の定め有無		有 ・ 無			
	主たる対象としていない者への対応体制		**相談支援事業所と連携して対応する。			
	医療機関や行政との連携体制		自立支援協議会に参加するなど、必要な機関と連携体制を講じる。			
	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		定期的(ヶ月に1回)に研修や事例検討会を行い、従業者の質の向上に努める。			
主な揭示事項	営業日	月～金曜日(祝日および12/29～1/3を除く)				
	営業時間	午前9時～午後6時				
	主たる対象者	特定なし 身体障害者・知的障害者・精神障害者・障害児				
	その他の費用	通常の事業実施地域以外の交通費				
	通常の事業実施地域	目黒区、 区、 区				
添付書類		別添のとおり				

(裏面あり)

(裏面)

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	ヒモンヤ ハナコ	事業所の名称	居宅介護事業所		
	氏名	碑文谷 花子	事業の種類	居宅介護	兼務する職種	居宅介護員
			勤務時間	午前9時～午後1時		
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			

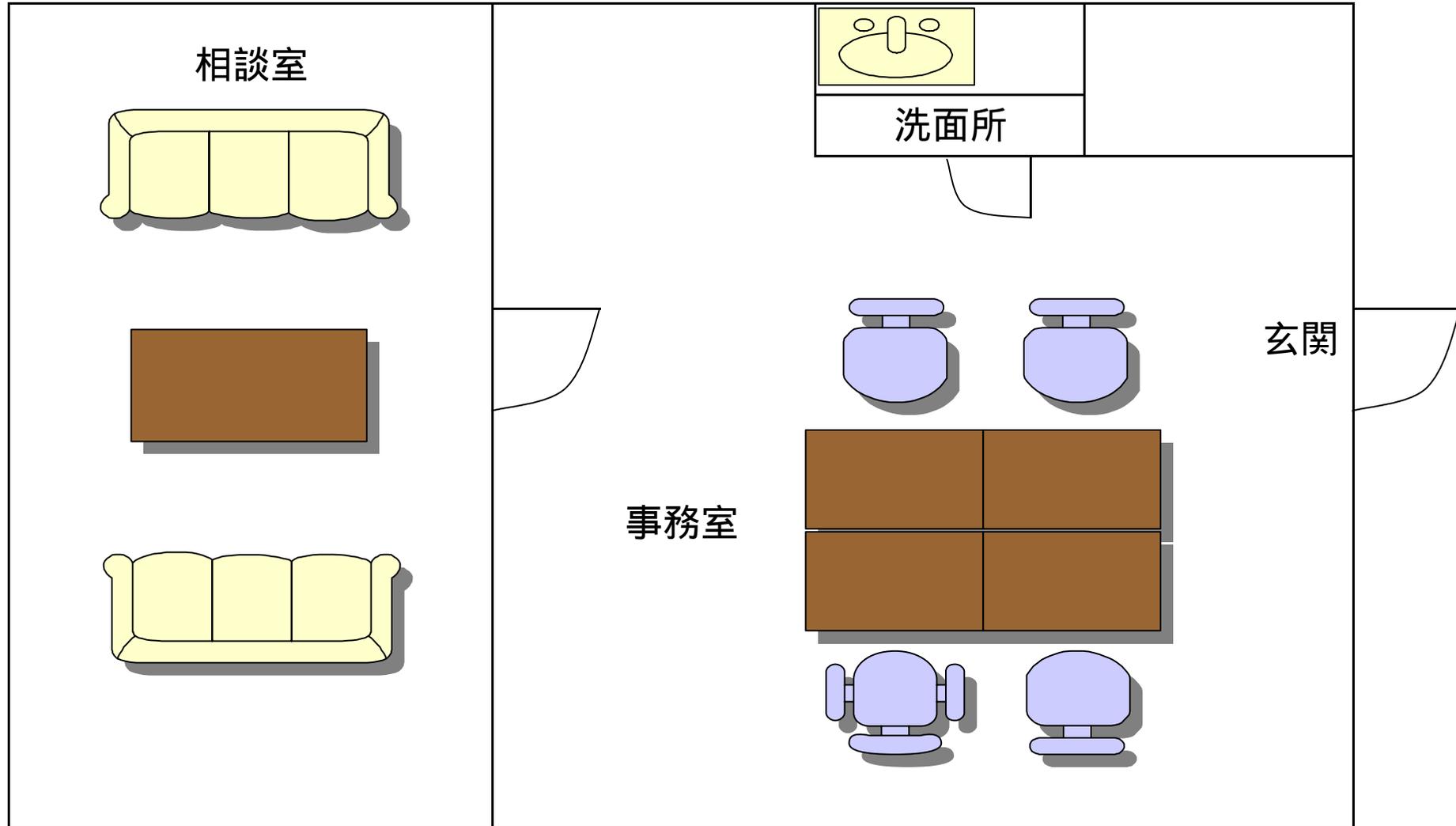
(備考)

1. 特定相談支援事業と障害児相談支援事業の両方の指定を申請する場合についても、本様式1枚にまとめて提出してください。
2. 「受付番号」欄は、記入しないでください。
3. 「兼務」については、指定特定相談支援事業所、指定障害児相談支援事業所、指定一般相談支援事業所との兼務を除く。
4. 「総合的な相談支援の実施体制の具体的な方法」については、具体的な内容について記載する他、それぞれ根拠となる書類も提出してください。
また、「主たる対象としていない者への対応体制」については、「事業の主たる対象とする障害の種類」の定めの有無が有の場合に記載すること。
5. 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別途資料として添付して差し支えありません。
6. 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様に記載した書類を添付してください。

(参考様式1)

平面図

事業所の名称	センター
--------	------



(注) 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等との共用部分がある場合はそれぞれ色分けする等して使用関係を分かり易く表示してください。

(参考様式 2)

備品等一覧表

事業所名 (相談支援センター)

設けられている室名	備品の品目及び数量
事務室	机 4台 いす 4脚 パソコン 4台
相談室	テーブル 1台 ソファ 2脚 * 相談時のプライバシー保護に配慮している。

(注) 必要に応じて写真等を添付し、その旨を合わせて記載してください。

(参考様式3)

管理者 **相談支援専門員** 経歴書

事業所の名称		相談支援センター	
フリガナ	ソウダン イチロウ		
氏名	相談 一郎	生年月日	昭和 年 月 日
住所	〒 東京都 区 1 - 1 - 1		
電話番号	03 - -		
主な職歴等			
年月 ~ 年月	勤務先等	職務内容	
平成18年10月 ~ 平成23年11月	ケアセンター	居宅介護員	
平成23年12月 ~	介護センター	相談支援専門員	
職務に関連する資格			
資格の種類	資格取得年月日		
ヘルパー 2 級課程	平成15年10月1日		
備考 (研修等の受講の状況等)			

- (注) 1 「管理者」及び「相談支援専門員」について作成してください。
- 2 表題の「管理者」「相談支援専門員」のいずれかを「 」で囲んでください。
- 3 住所・電話番号は、自宅のものを記載してください。
- 4 当該管理者が管理する事業所が複数の場合は、「事業所の名称」欄を適宜拡張して、その全てを記載してください。
- 5 相談支援専門員については、相談支援従事者初任者(現任)研修の終了した旨の証明書を添付してください。

(参考様式6)

利用者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

事業所名	相談支援センター
措置の概要	
<p>1 利用者又はその家族からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口(連絡先)、担当者</p> <ul style="list-style-type: none">・相談、苦情に関する常設窓口として、相談担当者を設けている。・担当者が不在の場合は、事業所の誰もが対応できるよう相談苦情管理シートを作成し、担当者に確実に引き継ぐ体制を敷いている。 <p><常設の窓口> 電話番号 - F A X - -</p> <p style="padding-left: 100px;">担当者：</p> <p>2 円滑かつ迅速に苦情を解決するための処理体制・手順</p> <ul style="list-style-type: none">・苦情または相談の専用窓口として職員を常駐させ、いつでも対応できるようにする。・事実の内容を具体的に把握して文書化するとともに、相談内容が漏洩しないよう厳重に保管する。・苦情が発生した場合は、下記の手順に従って処理する。 <p style="padding-left: 40px;">具体的な対応方針</p> <p>苦情受付の記録・報告 当該苦情の受付内容等を記録し、受け付けたものは管理者に報告する。</p> <p>調査・事実確認 報告を受けた管理者は、担当者に対して事実確認を行うとともに、苦情申し出者に対しても直接聞き取りを行い、事実確認を調査する。</p> <p>方針の策定 調査結果に基づいて協議を行い、必要と判断した場合は、速やかに対応を図る。 その際、対応が難しい案件については、区など関係機関の助言・指導を仰ぐ。</p> <p>サービス改善 今後、同様な問題が発生することがないように、事業所内全体でサービスの改善を徹底するとともに、苦情対応への処理内容を記録・保管して、再発防止に役立てる。</p> <p>3 その他参考事項</p> <ul style="list-style-type: none">・苦情対応への公的機関として、以下の窓口を活用する。 <p>権利擁護センター「めぐろ」 (苦情調整担当) 電話番号 03 - 5768 - 3963</p>	

備考 上の事項は例示であるので、これにかかわらず適宜項目を追加し、その内容について具体的に記載してください。

(参考様式8)

従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表

サービス種類		特定相談支援事業・障害児相談支援事業	事業所・施設名																					センター									
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
			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			
			月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日			
管理者	常勤・兼務		4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			80	20.0	0.5
相談支援専門員	常勤・専従		8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			160	40.0	1.0
相談支援専門員	非常勤・専従		8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			160	40.0	1.0
																														0	0.0	0.0	
																														0	0.0	0.0	
																														0	0.0	0.0	
																														0	0.0	0.0	
																														0	0.0	0.0	
																														0	0.0	0.0	
																														0	0.0	0.0	
合計			20	20	20	20	20	0	0	20	20	20	20	20	0	0	20	20	20	20	20	0	0	20	20	20	20	20	0	0	320	80.0	2.0
1週間に当該事業所・施設における常勤職員の勤務すべき時間数																								40									
サービス提供時間			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			160		

指定を受けようとする事業の種類に をする。

注1 *欄は、当該月の曜日を記入してください。
 注2 「職種」欄は、直接サービス提供職員に係る職種を記載し、「勤務形態」欄は、常勤・専従、常勤・兼務、非常勤・専従、非常勤・兼務のいずれかを記載するとともに、それぞれ1日あたりの勤務時間を記載してください。
 注3 算出に当たっては、小数点以下第2位を切り捨ててください。
 注4 各事業所・施設において使用している勤務割表等(変更の届出の場合は変更後の予定勤務割表等)により、届出の対象となる従業員の職種、勤務形態、氏名、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。