|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

（様式第１号）

指定障害福祉サービス事業所

指定障害者支援施設　　　　指定申請書

指定一般相談支援事業所

令和　　　年　　月　　日

　　　　　　兵庫県知事

様

　　　　　　　　　　県民局長

障害者総合支援法に規定する指定障害福祉サービス事業所（指定障害者支援施設・指定一般相談支援事業所）に係る指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所（施設）所在地市町村番号 | | | | | | |  | |
| 申請者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 代表者 | 職　　名 | |  | | | | フリガナ | | |  | | | | | | | |
| 氏　　名 | | |  | | | | | | | |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　－　　　　　）  　　　　　　都･道･府･県　　　　　　　市･郡･区 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法人種別 |  | | | | | 法人所轄庁 | | | |  | | | | | | | |
| 主たる事務所  の所在地等 | （郵便番号　　　－　　　　　）  　　　　　　都･道･府･県　　　　　　　市･郡･区 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | E-mail | | |  | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | FAX番号 | | |  | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所・施設の種類 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の  所在地等 | （郵便番号　　　－　　　　　）  　　兵庫県　　　　　　　市･郡 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | E-mail | | | |  | | | | | |
| 電話番号 | |  | | | | | FAX番号 | | | |  | | | | | |
| 指定申請をする事業 | | | | | | | | | | | | | | | 既に指定を受けている事業等 | | |
| 事業の種類 | | | | 実施事業 | 事業開始予定年月日 | | | | | | | | 添付する付表 | | 事業所番号・年月日 | | 実施事業 |
| 居宅介護 | | | |  |  | | | | | | | |  | | 別紙のとおり | |  |
| 重度訪問介護 | | | |  |  | | | | | | | |  | | 別紙のとおり | |  |
| 同行援護 | | | |  |  | | | | | | | |  | | 別紙のとおり | |  |
| 行動援護 | | | |  |  | | | | | | | |  | | 別紙のとおり | |  |
| 療養介護 | | | |  |  | | | | | | | |  | | 別紙のとおり | |  |
| 生活介護 | | | |  |  | | | | | | | |  | | 別紙のとおり | |  |
| 短期入所 | | | |  |  | | | | | | | |  | | 別紙のとおり | |  |
| 重度障害者等包括支援 | | | |  |  | | | | | | | |  | | 別紙のとおり | |  |
| 共同生活援助 | | | |  |  | | | | | | | |  | | 別紙のとおり | |  |
| 障害者支援施設 | | | |  |  | | | | | | | |  | | 別紙のとおり | |  |
| 自立訓練（機能訓練） | | | |  |  | | | | | | | |  | | 別紙のとおり | |  |
| 自立訓練（生活訓練） | | | |  |  | | | | | | | |  | | 別紙のとおり | |  |
| 就労移行支援（一般型） | | | |  |  | | | | | | | |  | | 別紙のとおり | |  |
| 就労移行支援（資格取得型） | | | |  |  | | | | | | | |  | | 別紙のとおり | |  |
| 就労継続支援（Ａ型） | | | |  |  | | | | | | | |  | | 別紙のとおり | |  |
| 就労継続支援（Ｂ型） | | | |  |  | | | | | | | |  | | 別紙のとおり | |  |
| 多機能型 | | | |  |  | | | | | | | |  | | 別紙のとおり | |  |
| 一般相談支援事業所（地域移行支援） | | | |  |  | | | | | | | |  | | 別紙のとおり | |  |
| 一般相談支援事業所（地域定着支援） | | | |  |  | | | | | | | |  | | 別紙のとおり | |  |
| 従たる事業所の有無  （共同生活援助、生活介護、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援のみ記入） | | | | | | | | | | | | | | | 有　・　無 | | | |

注意１　「受付番号」「事業所（施設）所在地市町村番号」欄には記載しないでください。

　　２　「法人種別」欄には、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「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」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載してください。

　　４　共同生活介護または共同生活援助の申請を行う場合は、「事業所（施設）の名称」「事業所（施設）の所在地」とあるのは、それぞれ「主たる事業所の名称」「主たる事業所の所在地」と読み替えてください。

　　５　「指定申請をする事業」欄は、当該申請書によって申請する事業の「事業の種類」欄に「○」を記入し、多機能型の場合は、「多機能型」にも「○」を記入してください。

　　６　「添付する付表」欄には、添付する付表の名称（「付表１」「付表１－２」「付表２」「付表２－２」・・・）を記載してください。

　　７　「既に指定を受けている事業等」欄には、同一所在地において既に指定を受けている事業に「○」を記入し、別紙に、介護保険法における指定状況と併せて指定年月日、事業所番号等を記入してください。

　　８　「従たる事業所の有無」欄には、従たる事業所を設置する場合には「有」に「○」を、設置しない場合には「無」に「○」を記入してください。

※　介護給付費の請求に際しては、別途「介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書」を所管の県民局に行う必要があります。

　　　http://web.pref.hyogo.lg.jp/hw19/hw19\_000000009.html#h03