市川市地域生活支援拠点等届出書

年　　月　　日

市川市長

申請者　　所在地

名称

代表者

市川市の地域生活支援拠点等の機能を担う事業所として、次のとおり届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| サービス種類 |  |
| 事業所番号 |  |
| 事業所（施設）の所在地 | 〒 |
| 連絡先電話番号 |  |
| 連絡先FAX番号 |  |
| 連絡先メールアドレス |  |
| 地域生活支援拠点等として担う機能（複数選択可） | □ 相談機能□ 緊急時の受け入れ・対応機能（裏面も記載）□ 緊急時の対応機能□ 体験の機会・場の提供機能□ 専門的人材の確保・養成機能□ 地域の体制づくり機能 |

なお、上記の内容に変更等が生じた場合は、速やかに変更又は廃止の旨を届け出ます。

※ 添付書類

・運営規程案

・別紙（緊急時の受入れ・対応機能を担う場合のみ）

＜別紙＞

緊急時に受入れ可能な障がいの種類

（※ 緊急時の受入れ・対応機能を担う場合）

※「者」＝18歳以上、「児」＝18歳未満

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 受入可 | 受入不可 | 備考（受入れ条件など） |
| 身体障がい | 視覚 | □者　□児 | □ |  |
| 聴覚又は平衡機能 | □者　□児 | □ |  |
| 音声、言語又はそしゃく機能 | □者　□児 | □ |  |
| 肢体不自由 | □者　□児 | □ |  |
| 内部 | □者　□児 | □ |  |
| 知的障がい | □者　□児 | □ |  |
| 精神障がい | □者　□児 | □ |  |
| 発達障がい | □者　□児 | □ |  |
| 医療的ケアを必要とする方 | □者　□児 | □ |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| その他受入れ可能な障がい | 種類 |  | 備考 |  |
| 種類 |  | 備考 |  |
| 種類 |  | 備考 |  |

○当事業所への緊急時受入れ要請に関する備考・留意事項（自由記述）

|  |
| --- |
|  |