市川市地域生活支援拠点等変更届出書

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届け出た内容について、次のとおり変更が生じたので、届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 変更前 | 変更後 |
| 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） |  |  |

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 | 種別 |  | 備考 |  |
| 種別 |  | 備考 |  |
| 種別 |  | 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）

|  |
| --- |
|  |