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 |
| 担う機能の具体的内容（上記の機能を担うとして具体的にどんなことを行うか、記載） |  |
| 市町村及び地域生活支援拠点等との連携及び調整に従事する者の氏名（※） | （該当者が複数名いる場合は、各々の氏名を記載すること。） |

（※ →機能強化型（継続）サービス利用支援費、機能強化型（継続）障害児利用支援費、地域生活支援拠点等相談強化加算、地域体制強化共同支援加算又は地域生活支援拠点等機能強化加算の算定のために本届出を行う場合には記入不要。）

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）

|  |
| --- |
|  |