付表14　指定一般相談支援事業所の指定等に係る記載事項

<table>
<tr><td colspan="2">サービス種別(申請するものに〇)</td><td>地域移行支援</td><td></td><td>地域定着支援</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="5">事業所</td><td>フリガナ</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>名　　称</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="4">(郵便番号　　－　　)</td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>E-Mail</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="5">管理者</td><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="5">(郵便番号　　－　　)</td></tr>
<tr><td colspan="3">当該事業所における相談支援専門員との兼務の有無</td><td colspan="2">有</td><td>無</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)</td><td>事業所等の名称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>兼務する職種及び勤務時間等</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="10">指定地域相談支援の提供に当たる者</td><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="5">(郵便番号　　－　　)</td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="5">(郵便番号　　－　　)</td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="5">(郵便番号　　－　　)</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="3">実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等</td><td colspan="3">第　　条 第　　項 第　　号</td></tr>
<tr><td colspan="6">〇運営・設備に関する基準の確認に必要な事項</td></tr>
<tr><td>常時の連絡体制の確保の具体的方法(地域定着支援のみ)</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">営業日(該当する日に〇)</td><td>日</td><td>月</td><td>火</td><td>水</td><td>木</td><td>金</td><td>土</td><td>祝</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">その他(年末年始等)</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">営業時間</td><td>平日</td><td colspan="6">:　　～　　:</td></tr>
<tr><td>土曜</td><td colspan="6">:　　～　　:</td></tr>
<tr><td>日・祝</td><td colspan="6">:　　～　　:</td></tr>
<tr><td>その他の費用</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>通常の事業の実施地域</td><td colspan="7"></td></tr>
</table>

(備考)

1．記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。

2．「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容についても記載してください。

記入欄不足時の資料

■指定地域相談支援の提供に当たる者

指定地域相談支援の提供に当たる者	フリガナ		生年月日	
	氏　名			年　月　日
	住　所	（郵便番号　－　）		
	フリガナ		生年月日	
	氏　名			年　月　日
	住　所	（郵便番号　－　）		
	フリガナ		生年月日	
	氏　名			年　月　日
	住　所	（郵便番号　－　）		
	フリガナ		生年月日	
	氏　名			年　月　日
	住　所	（郵便番号　－　）		
	フリガナ		生年月日	
	氏　名			年　月　日
	住　所	（郵便番号　－　）		
	フリガナ		生年月日	
	氏　名			年　月　日
	住　所	（郵便番号　－　）		

付表15　指定特定相談支援事業所及び指定障害児相談支援事業所の指定等に係る記載事項

サービス種別(申請するものに○)			特定相談支援		障害児相談支援		
事業所	フリガナ						
	名　　称						
	所在地	(郵便番号　　－　　)					
	電話番号						
	E-Mail						
管理者	フリガナ			生年月日			
	氏　名				年　　月　　日		
	住　所	(郵便番号　　－　　)					
	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(兼務の場合記入)	事業所等の名称					
		兼務する職種及び勤務時間等					
相談支援専門員	フリガナ			生年月日	年　　月　　日		
	氏　名			主任相談支援専門員に該当	有	無	
	住　所	(郵便番号　　－　　)					
	フリガナ			生年月日	年　　月　　日		
	氏　名			主任相談支援専門員に該当	有	無	
	住　所	(郵便番号　　－　　)					
相談支援員	フリガナ			生年月日	年　　月　　日		
	氏　名			保有資格	社会福祉士	精神保健福祉士	
	住　所	(郵便番号　　－　　)					
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等					第　　条 第　　項 第　　号		
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項							
営業日(該当する日に○)	日	月	火	水	木	金	土	祝
	その他(年末年始等)							
営業時間	平日	:　　～　　:						
	土曜	:　　～　　:						
	日・祝	:　　～　　:						
通常の事業の実施地域								
○一体的に実施する従たる事業所の指定等に係る記載事項								
事業所	フリガナ							
	名　　称							
	所在地	(郵便番号　　－　　)						

	電話番号							
	E-Mail							
管理者	フリガナ			生年月日				
	氏　名				年　月　日			
	住　所	(郵便番号　－　)						
	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(兼務の場合記入)	事業所等の名称						
		兼務する職種及び勤務時間等						
相談支援専門員	フリガナ			生年月日		年　月　日		
	氏　名			主任相談支援専門員に該当		有	無	
	住　所	(郵便番号　－　)						
	フリガナ			生年月日		年　月　日		
	氏　名			主任相談支援専門員に該当		有	無	
	住　所	(郵便番号　－　)						
相談支援員	フリガナ			生年月日		年　月　日		
	氏　名			保有資格		社会福祉士	精神保健福祉士	
	住　所	(郵便番号　－　)						
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等						第　条 第　項 第　号		
営業日(該当する日に○)	日	月	火	水	木	金	土	祝
	その他(年末年始等)							
営業時間	平日	:　～　:						
	土曜	:　～　:						
	日・祝	:　～　:						
通常の事業の実施地域								

(備考)

1．記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。

2．「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容についても記載してください。

記入欄不足時の資料

■相談支援専門員及び相談支援員

相談支援専門員	フリガナ		生年月日	年　月　日	
	氏　名		主任相談支援専門員に該当	有	無
	住　所	（郵便番号　　－　　）			
	フリガナ		生年月日	年　月　日	
	氏　名		主任相談支援専門員に該当	有	無
	住　所	（郵便番号　　－　　）			
	フリガナ		生年月日	年　月　日	
	氏　名		主任相談支援専門員に該当	有	無
	住　所	（郵便番号　　－　　）			
	フリガナ		生年月日	年　月　日	
	氏　名		主任相談支援専門員に該当	有	無
	住　所	（郵便番号　　－　　）			
相談支援員	フリガナ		生年月日	年　月　日	
	氏　名		保有資格	社会福祉士	精神保健福祉士
	住　所	（郵便番号　　－　　）			
	フリガナ		生年月日	年　月　日	
	氏　名		保有資格	社会福祉士	精神保健福祉士
	住　所	（郵便番号　　－　　）			