様式第１号(第６条関係)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　月　日

高岡市地域生活支援拠点等事業所認定申請書

高岡市長　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　　　高岡市地域生活支援拠点等の機能を担う事業所として、認定を受けたいので、次の

とおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区分 | □新規　　　　□変更　　　　□廃止 | | |
| 事業所名称 |  | | |
| 事業所番号 |  | | |
| 所在地 |  | | |
| 電話番号 |  | アドレス |  |
| 事業の種類 |  | | |
| 開始年月日 | 年　　　　　月　　　　日 | | |
| 地域生活支援拠点等  事業として  担う機能 | □相談機能  □緊急時受入れ・対応時の機能  □体験の機会・場の提供  □専門的人材の確保・育成  □地域の体制でくり | | |

　　※担う機能にチェックを入れてください。

※事業所情報シート(様式　第１号－１)を添付してください。

※「運営規定」を添付してください。

様式　第１号―１

事業所情報シート　　　　　　　　　　　作成日　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本情報 | サービス種別 | |  | 事業所番号 |  | 送迎 | □無  □有 |
| 事業所名 | |  | 定員 | 人／日 | | |
| 連絡先 | 電話 |  | | FAX |  | |
| メールアドレス | |  | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | |
| 担当者 | 役職 |  | | 氏名 |  | |
| 対応障害種別 | | □身体　　　□知的　　　□精神　　　□重心  その他(　　　　　　　　　　　　) | | | | |
| 医療的ケアへの対応 | | □無　　　　□有(　　　　　　　　　　　　　　) | | | | |
| サービス  提供日時 | | □月　□火　□水　□木　□金　□土　□日 | | | | |
| 時間 |  | 祝祭日対応 |  | |
| 事業所の特徴(活動内容や得意な支援、提供できるサービス) | | ライフサポート  (□ヘルパー派遣　□短期入所　□デイサービス) | | | | |
| 体験 | 内容 | □生産的活動　□余暇的活動  □アセスメント | | | 体験時  送迎 | □無　□有 | |
|  | | | | | |
| 条件 | 対象者等その他条件について | | | 受給者証 | □無　□有 | |
|  | | | | | |
| 体験時にかかる費用 | | その他(食費等) | | 利用料 | □無　□有 | |
| 緊急 | 内容 |  | | | 緊急時送迎 | □無　□有 | |
|  | | | | | |
| 条件 | (対象者等) | | | | | |
|  | | | | | |
| 費用 | | その他(食費等) | | 利用料 | □無　□有 | |