

付表 1 指定特定相談支援事業所及び障害児相談支援事業所の指定に係る記載事項

										※受付番号			
事業所	フリガナ												
	名 称												
	所在地		〒		←郵便番号を半角数字7桁で入力してください								
連絡先		電話番号						FAX番号					
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等又は条例等													
管理者	フリガナ												
	氏 名												
	住 所		〒		←郵便番号を半角数字7桁で入力してください								
	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				
	同一敷地内の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								
					事業の種類								
兼務する職種													
勤務時間													
相談支援専門員	フリガナ												
	氏 名												
	住 所		〒		←郵便番号を半角数字7桁で入力してください								
従業者・員数	(単位：人)		相談支援専門員		その他の者		他の事業所又は施設の従業者との兼務						
			専従	兼務	専従	兼務	○ 有	○ 無					
	従業者数	常勤											
	非常勤												
	常勤換算後の人数												
※基準上の必要人数													
主な揭示事項	営業日		☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土 ☐ 日										
	営業時間		平日		～		土曜		～		備考		
			日曜		～		祝日		～				
	主たる対象者		☐ 特定なし ☐ 身体障害者 ☐ 知的障害者 ☐ 障害児 ☐ 精神障害者										
	利用料												
	その他費用												
	通常の事業の実施地域												
施設・体系的な相談支援体制の実施	主たる対象としていない者への対応体制												
	医療機関や行政との連携体制												
	計画的な研修又は当該事業所における事例の検討等を行う体制												
相談支援特定事業所加算			● 無 ○ Ⅲ ○ Ⅰ ○ Ⅱ ○ Ⅳ			行動障害支援体制加算			○ 有 ○ 無				
要医療児者支援体制加算			○ 有 ○ 無			精神障害者支援体制加算			○ 有 ○ 無				

- (備考)
- 「※」のついた欄には、記載しないでください。
 - 事業所の名称・所在地については、様式第1号から転記されます。
 - 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。