

(様式第 1 号の 1)

※受付番号

指定特定相談支援事業所 指定申請書

平成 年 月 日

(あて先)

川崎市長

(申請者)

所 在 地

名 称

代表者氏名

印

障害者自立支援法に規定する 指定特定相談支援事業所 に係る指定を受けたいので、
下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

申請者（設置者）	フリガナ							
	名 称							
	主たる事務所の所在地		〒		←郵便番号を半角数字 7 桁で記載してください			
	連絡先		電話番号		FAX 番号			
	法人の種類				法人所轄庁			
	代表者	役 職						
氏 名								
住 所		〒		←郵便番号を半角数字 7 桁で記載してください				
指定を受けようとする事業所・施設の種類の種類	フリガナ							
	名 称							
	事業所（施設）の所在地		〒		※事業所（施設）所在地市町村番号		※級地区分	
	事業等の種類		指定特定相談支援事業所					
特定相談支援事業			指定申請をする事業等の 事業開始予定年月日	付表	備考			
主たる事業所名称								
同一の法律において既に指定を受けている場合	サービスの種類		事業所番号					
	事業所名称							

(備考)

- 1 「※」のついた欄には記載しないでください。
- 2 「法人の種類」欄には、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記載してください。
- 3 「法人所轄庁」欄には、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 4 「指定を受けようとする事業所・施設の種類の種類」欄には、今回申請をするものについて必要事項を記載してください。
- 5 「同一の法律において既に指定を受けている場合」欄には、神奈川県において既に事業所としての指定を受け、指定番号が付番されている場合に、その事業所に関する事項を記載してください。複数の番号を有する場合には、そのうち一つのみを記載してください。

※受付番号

指定障害児相談支援事業所 指定申請書

平成 年 月 日

(あて先)
川崎市長

(申請者)
所 在 地
名 称
代表者氏名 印

児童福祉法に規定する 指定障害児相談支援事業所 に係る指定を受けたいので、
下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

申請者（設置者）	フリガナ							
	名称							
	主たる事務所の所在地		〒		←郵便番号を半角数字 7 桁で記載してください			
	連絡先		電話番号		FAX 番号			
	法人の種類				法人所轄庁			
	代表者	役 職						
氏 名								
住 所		〒		←郵便番号を半角数字 7 桁で記載してください				
指定を受けようとする事業所・施設の種類の	フリガナ							
	名称							
	事業所（施設）の所在地		〒		※事業所（施設）所在地市町村番号		※級地区分	
	事業等の種類		指定障害児相談支援事業所					
障害児相談支援事業			指定申請をする事業等の事業開始予定年月日	付表	備考			
主たる事業所名称								
同一の法律において既に指定を受けている場合	サービスの種類			事業所番号				
	事業所名称							

(備考)

- 1 「※」のついた欄には記載しないでください。
- 2 「法人の種類」欄には、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記載してください。
- 3 「法人所轄庁」欄には、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 4 「指定を受けようとする事業所・施設の種類の」欄には、今回申請をするものについて必要事項を記載してください。
- 5 「同一の法律において既に指定を受けている場合」欄には、神奈川県において既に事業所としての指定を受け、が付番されている場合に、その事業所に関する事項を記載してください。複数の番号を有する場合には、そのうち一つのみを記載してください。

(様式第 1 号の

※受付番号

指定特定相談支援事業所 指定申請書

平成24年3月15日

(あて先)

川崎市長

(申請者)

所在地 川崎市川崎区宮本町 1 番地

名称 社会福祉法人かわさき福祉会
代表者氏名 理事長 かわさき 太郎

代表者印

←点線囲みの部分は記載しない

障害者自立支援法に規定する 指定特定相談支援事業所 に係る指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

申請者 (設置者)	フリガナ	シャカイフクシホジンカワサキフカイ			
	名称	社会福祉法人かわさき福祉会			
	主たる事務所の所在地	〒 210-8577	←郵便番号を半角数字 7 桁で記載してください		
		川崎市川崎区宮本町 1 番地			
	連絡先	電話番号	044-200-〇〇〇〇	FAX番号	044-200-××××
	法人の種類	社会福祉法人かわさき福祉会		法人所轄庁	川崎市長
代表者	役職	理事長			
	氏名	かわさき太郎			代表者の住所を記載します(法人所在地ではありません)
	住所	〒 210-0001	←郵便番号を半角数字 7 桁で記載してください		
指定を受けようとする事業所・施設の種類	フリガナ	カワサキフカイソウダンシエンジギョウシヨ			
	名称	かわさき福祉会相談支援事業所			
	事業所(施設)の所在地	〒 210-0006	※事業所(施設)所在地市町村番号		※級地区分
		川崎市川崎区砂子××番地△△マンション101			
	事業等の種類	指定特定相談支援事業所			
		特定相談支援事業	指定申請をする事業等の事業開始予定年月日	付表	備考
主たる事業所名称		かわさき福祉会相談支援事業所			
同一の法律において既に指定を受けている場合	サービスの種類	生活介護	事業所番号	141*****	
	事業所名称	かわさき福祉会生活介護事業所			

(備考)

- 「※」のついた欄には記載しないでください。
- 「法人の種類」欄には、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記載してください。
- 「法人所轄庁」欄には、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 「指定を受けようとする事業所・施設の種類の」欄には、今回申請をするものについて必要事項を記載してください。
- 「同一の法律において既に指定を受けている場合」欄には、神奈川県において既に事業所としての指定を受け、が付番されている場合に、その事業所に関する事項を記載してください。複数の番号を有する場合には、その一つのみを記載してください。

口座振込（変更）依頼書（兼 受領委任状）

神奈川県国民健康保険団体連合会理事長 殿

以下の口座に、次に掲げる介護給付費等の振込を依頼します。

平成		年		月		日	
----	--	---	--	---	--	---	--

申請者 (債権者)	法 人 名 称							
	郵便番号	〒		←郵便番号を半角数字7桁で入力してください。				
	所 在 地							
	代表者氏名		印					
	事業所名称							
	事業所番号							
	対象事業名							

振込先	金融機関名				金融機関コード		
	店 舗 名				店舗コード		
	口 座 番 号				預 金 種 別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	
	名	フリガナ					
	義人	氏 名					

委任状	申請者（債権者）は、口座名義人（受任者）に、上記介護給付費等の受領に関する一切の権限を委任します。						
	平成		年		月		日
	委任者						印

振込エラー防止のため
ここに振込先の店番号、口座番号、口座名義人フリガナがわかる
通帳の写しを貼り付けるか、
以下に、取引金融機関の確認印を受けてください。

上記口座が存在することを確認しました。

金融機関名

確認印

確認年月日

口座振込（変更）依頼書（兼 受領委任状）

神奈川県国民健康保険団体連合会理事長 殿
以下の口座に、次に掲げる介護給付費等の振込を依頼します。

平成 23 年 3 月 15 日

申請者 (債権者)	法人名称	社会福祉法人かわさき福祉会		
	郵便番号	〒	210-8577	←郵便番号を半角数字7桁で入力してください。
	所在地	川崎市川崎区宮本町1番地		
	代表者氏名	かわさき太郎		印
	事業所名称	かわさき福祉会相談支援事業所		
	事業所番号			
	対象事業名	特定相談支援事業		

入力不要です。

振込先	金融機関名	〇〇銀行	金融機関コード	****
	店舗名	××支店	店舗コード	***
	口座番号	*****	預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
	フリガナ	シャカイフクシホウジンカワサキフクシカイワサキタロウ		
	氏名	社会福祉法人かわさき福祉会かわさき太郎		

委任状	申請者（債権者）は、口座名義人（受任者）に、上記介護給付費等の受領に関する一切の権限を委任します。		
	平成	年	月 日
	委任者	印	

申請者と口座名義人が異なる場合は、申請者による委任を行ってください。

振込エラー防止のため
ここに振込先の店番号、口座番号、口座名義人フリガナがわかる
通帳の写しを貼り付けるか、
以下に、取引金融機関の確認印を受けてください。

上記口座が存在することを確認しました。

金融機関名

確認年月日

確認印

口座名義に間違いがないことを確認するため、通帳の口座名義人(カタカナ)部分の写しを添付するか、金融機関の確認印をもらってください。

受付番号

事業所	名称					
	所在地	(郵便番号 —)				
		県		郡・市		
	連絡先	電話番号			FAX番号	
当該事業について定めてある定款・寄付行為等の条文					第 条 第 項 第 号	
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 —)	
	氏名					
	生年月日					
	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(以下、有の場合記載)				有 ・ 無	
	事業所の名称				兼務する職種	
	事業の種類				勤務時間	
従事者の 数者の (人職種)			相談支援専門員		その他の者	
			専 従	兼 務	専 従	兼 務
	常勤(人)					
	非常勤(人)					
	常勤換算後の人数(人)					
	他の事業所又は施設の従業者との兼務(有の場合、別紙に記載)				有 ・ 無	
総合的 な相談 支援 体制	事業の主たる対象とする障害の 種類の定め有無		有 ・ 無			
	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					
主な 揭示 事項	営業日					
	営業時間					
	主たる対象者		特 定 無 し ・ 身 体 障 害 者 ・ 知 的 障 害 者 ・ 精 神 障 害 者 ・ 障 害 児			
	その他の費用					
	通常の事業実施地域					
添付書類		別添のとおり(定款及び登記簿謄本又は条例等、事業所の平面図、運営規程、経歴書、入所者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等))				

(備考)

1. 特定相談支援事業と障害児相談支援事業の両方の指定を申請する場合についても、本様式1枚にまとめて提出してください。
2. 「受付番号」欄は、記入しないでください。
3. 「兼務」については、指定特定相談支援事業所、指定障害児相談支援事業所、指定一般相談支援事業所との兼務を除く。
4. 「総合的な相談支援の実施体制の具体的な方法」については、具体的な内容について記載する他、それぞれ根拠となる書類も提出してください。
また、「主たる対象としていない者への対応体制」については、「事業の主たる対象とする障害の種類の定め有無」が有の場合に記載すること。
5. 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別途資料として添付して差し支えありません。
6. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。

受付番号

事業所	名称	かわさき福祉会相談支援事業所				
	所在地	(郵便番号 210-0006) 川崎市川崎区砂子××番地△△マンション101				
	連絡先	電話番号	044-200-〇×〇×		FAX番号	044-200-△□□〇
当該事業について定めてある定款・寄付行為等の条文					第〇〇条 第△△項 第××号	
管理者	フリガナ	カワサキ ハナコ		住所	(郵便番号210-0022) 川崎市川崎区池田〇〇番地 カワサキマンション102	
	氏名	かわさき花子				
	生年月日	昭和30年〇月〇日				
	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(以下、有の場合記載)				(有)・無	
	事業所の名称		かわさき障害児相談支援事業所	兼務する職種	相談支援専門員	
	事業の種類		障害児相談支援事業	勤務時間	4時間	
従事者の人数(職種)			相談支援専門員		その他の者	
			専従	兼務	専従	兼務
	常勤(人)			1		
	非常勤(人)		1			
	常勤換算後の人数(人)		1	0.8		
	他の事業所又は施設の従業者との兼務(有の場合、別紙に記載)				(有)・無	
総合的な相談支援体制	事業の主たる対象とする障害の種類等の定め有無		(有)・無			
	主たる対象としていない者への対応体制		〇〇福祉会相談支援事業所と連携をとっています。 ←			
	医療機関や行政との連携体制		〇〇クリニック、〇〇区役所と〇〇について連携しています。 ←			
	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		事業所内に委員会を設けて検討しています。 ←			
主な揭示事項	営業日	月、火、水、木、金				
	営業時間	9:00から16:00				
	主たる対象者	特定無し・身体障害者 知的障害者・精神障害者・障害児				
	その他の費用	運営規定に定めるとおり				
	通常の事業実施地域	川崎市川崎区、川崎市幸区				
添付書類		別添のとおり(定款及び登記簿謄本又は条例等、事業所の平面図、運営規程、経歴書、入所者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等))				

- (備考)
1. 特定相談支援事業と障害児相談支援事業の両方の指定を申請する場合についても、本様式1枚にまとめて提出してください。
 2. 「受付番号」欄は、記入しないでください。
 3. 「兼務」については、指定特定相談支援事業所、指定障害児相談支援事業所、指定一般相談支援事業所との兼務を除く。
 4. 「総合的な相談支援の実施体制の具体的な方法」については、具体的な内容について記載する他、それぞれ根拠となる書類も提出してください。
また、「主たる対象としていない者への対応体制」については、「事業の主たる対象とする障害の種類等の定め有無」が有の場合に記載すること。
 5. 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別途資料として添付して差し支えありません。
 6. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。