様式第１号（第５条関係）

砺波圏域地域生活支援拠点等事業所認定申請書

年　　月　　日

（宛先）南砺市長

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者  (設置者) | 所在地 | 〒　　－ | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | | |
| 名　称 |  | | | |
| 代表者 |  | | | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |

　砺波圏域の地域生活支援拠点等事業所として次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　　　分 | | | | １　新規　　２　変更　　３　廃止　※該当する区分を○で囲む。 | | | | | | | | |
| フリガナ | | | |  | | | | 事業所番号 | | | |  |
| 事業所の名称 | | | |  | | | |
| 事業所の所在地 | | | | 〒　　－ | | | | 事業の種類 | | | |  |
| 事業所の連絡先 | | | | 電話番号 |  | FAX番号 | | | | |  | |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  | | | | | | | |
| 地域生活支援拠点等としての位置付け | | | | 市と地域生活支援拠点等の機能を担うことの協議日 | | | | | | 年　　月　　日 | | |
| 市及び地域生活支援拠点等との連携及び調整の従事者氏名 | | | | 該当者が複数名いる場合は、各々の氏名を記載する。 | | | | | | | | |
| 運営規程記載の機能 | | | | １　相談　　２　緊急時の受け入れ・対応　　３　体験の機会・場の提供  ４　専門的人材の確保・養成　　５　地域の体制づくり　※該当する機能を○で囲む。 | | | | | | | | |
| 当該申請により算定する加算 |  | 緊急時対応加算　地域生活支援拠点等の場合 | | | | | 対象 | | 訪問系サービス※、  重度障害者等包括支援（訪問系サービスのみ対象） | | | |
|  | 緊急時支援加算　地域生活支援拠点等の場合 | | | | | 対象 | | 自立生活援助、地域定着支援、 重度障害者等包括支援（自立生活援助のみ対象） | | | |
|  | 地域生活支援拠点等として短期入所を行った場合の加算 | | | | | 対象 | | 短期入所、重度障害者等包括支援 | | | |
|  | 緊急時受入加算 | | | | | 対象 | | 日中系サービス※ | | | |
|  | 障害福祉サービスの体験利用加算 | | | | | 対象 | | 日中系サービス※ | | | |
|  | 体験利用支援加算・体験宿泊加算 | | | | | 対象 | | 地域移行支援 | | | |
|  | 地域移行促進加算（Ⅱ） | | | | | 対象 | | 施設入所支援 | | | |
|  | 地域生活支援拠点等相談強化加算 | | | | | 対象 | | 計画相談支援、障害児相談支援 | | | |
| 開始予定日 | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | |

※事業所の運営規程及び実施要綱第４条第１項第３号の指定を受けていることを証する書類を添付してください。

※この申請書は事業所ごとに作成し、２部(正本１部、副本１部)ずつ提出してください。受理後、副本をお返しします。

※サービス名について

　訪問系サービスとは、居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護をいいます。

　日中系サービスとは、生活介護、自立訓練（機能訓練）、自立訓練（生活訓練）、就労移行支援（養成含む）、就労継続支援Ａ型、就労継続支援Ｂ型、就労選択支援をいいます。