**事業所指定相談における事前調書**

　障害福祉サービスを始められる方は、下記の質問に対する内容を記入の上、来庁時に持参、提出してください。相談を円滑に行うため、ご協力をお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| １、来庁者の方全員の氏名及び役職（※行政書士申請者代理の場合は事業者との関係） |  |
| 連絡先：担当者　　　　　　　　　　℡ |
| 1. 本日の相談の主な目的
 | ・開設にあたっての事前相談・図面確認・申請書類の確認・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ３、事業所指定を希望するサービス種類（該当するものに全て○をしてください） | ・居宅介護　重度訪問介護　・同行援護　・行動援護・移動支援　・日中一時支援　　・入所施設・生活介護　・短期入所　・自立訓練（機能訓練　生活訓練）・就労移行支援　・就労継続支援Ａ型　・就労継続支援Ｂ型・グループホーム　・自立生活援助　・就労定着支援・一般相談支援（地域移行支援　地域定着支援）・指定特定相談支援　・障害児相談支援 |
| 1. 訪問系サービスの場合

**（介護保険サービスの指定の有無）** | ・すでに介護保険サービスの指定を受けている・同時に介護保険サービスの指定を受ける予定・介護保険サービスの指定を受ける予定はない |
| 1. 日中活動系、グループホームの場合

**（予定している定員数）**※（　）はサービス種類を記載してくさい。 | ・（　　　　　　　　　　　　　）定員数：　　　　名・（　　　　　　　　　　　　　）定員数：　　　　名・（　　　　　　　　　　　　　）定員数：　　　　名・（　　　　　　　　　　　　　）定員数：　　　　名 |
| ６、法人格の有無 | ・すでに法人設立済み（法人名：　　　　　　　　　　　　）・これから設立する予定（法人の種別：　　　　　　　　　） |
| ７、法人内ですでに指定を受けている障害福祉サービス事業所（市内、県内、県外は問いません）※複数ある場合は市内、近隣区市町村の事業所を記載してください。 | ・事業所名：（所在地：　　　　区市町村　　サービス種類：　　　　　　　）・事業所名：（所在地：　　　　区市町村　　サービス種類：　　　　　　　） |

**（次ページあり）**

|  |  |
| --- | --- |
| ８、代表者及び管理者の方について（これまでに障害福祉サービス事業に従事した経験） | 代表者　・経験あり（サービス種類：　　　　　　　　　　）　　　　・経験なし管理者　・経験あり（サービス種類：　　　　　　　　　　）　　　　・経験なし |
| ９、事業所の建物の予定（所在地は川口市内に限ります。）※図面等の確認の結果、不適合物件となる場合があります。 | ・介護保険サービス事業所と兼用する**（訪問系サービスのみ）**・物件は未定　（　賃貸物件を予定　　　建設を予定　）・候補物件あり**（図面を持参してください）**・すでに予定物件を確保済み**（図面を持参してください）** |
| １０、事業の開始（開所）予定時期 | ・　　　　　年　　　　月ごろ・できるだけ早く（要相談）・未定 |
| １１、管理者、サービス提供責任者、サービス管理責任者など従業者の確保の見込み | ・すでに確保している（常勤加算数を満たしている、雇用契約済）・求人募集をしている（確保予定：　　月ごろ）・これから求人を行う（確保予定：　　月ごろ）・未定 |
| １２、日中活動系サービスの場合**実施を予定している活動内容**※生産活動については収支の見込み | ・活動内容（訓練メニュー、プログラムなど）・生産活動（作業内容、収支見込みなど） |
| １３、当面の運転資金の見込み | ・自己資金で賄う（財源の種類：　　　　　　　　　　　　）・借入れにより賄う（借入先：　　　　　　　　　　　　　）・融資決定済　・手続中（決定時期：　　月）・これから手続きする |
| １４、「指定申請の手引き」はお読みいただきましたか。 | ・一通り読んだ・ざっと目を通した程度・まったく読んでいない（手引きがあることを知らなかった）　→　来庁までに関係部分を確認してください。 |

**記入事項は以上です。**