**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。**