宛先：福祉指導課障害指導班

メール：shougai-shidou@pref.shizuoka.lg.jp

ＦＡＸ：054-221-2142

障害福祉サービス等の新規指定事前相談表

令和　年　月　日

次の質問に対する回答を御記入いただき、メールまたはFAXにて来庁希望日の1週間前までに提出してください。相談を円滑に行うため御協力よろしくお願いします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ①来庁希望日  ※必ず第3希望日まで記入してください。 | 第1希望日 | 令和　年　月　　日 | 希望時間 | ：　～　： |
| 第2希望日 | 令和　年　月　　日 | 希望時間 | ：　～　： |
| 第3希望日 | 令和　年　月　　日 | 希望時間 | ：　～　： |
| ②御来庁される人  数及び担当者の役職・氏名・連絡先 | 人数 | 人 | | |
| 担当者  職・氏名 |  | | |
| 連絡先 | 電話番号： | | |
| メール ： | | |
| ③事業所開設予定市町 |  | | | |
| ④相談の主な目的  (該当するものを○で囲んでください) | ・図面相談  ・申請書類のチェック  ・指定基準に係る疑問の解消  ・その他 | | | |
| ⑤相談したいサービス（検討中を含め、該当サービス全てに■を付けてください。） | □居宅介護□重度訪問介護□行動援護□同行援護  □重度障害者等包括支援  □療養介護□生活介護□短期入所  □自立訓練（機能訓練）□自立訓練（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  □就労定着支援  □共同生活援助  □地域移行支援□地域定着支援  □児童発達支援□医療型児童発達支援□放課後等デイサービス□居宅訪問型児童発達支援□保育所等訪問支援  □福祉型障害児入所施設□医療型障害児入所施設 | | | |
| ⑥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 | | | |
| ⑦日中活動系又はグループホームの場合、予定している定員 |  | | | |
| ⑧法人格の有無 | □すでに法人設立済み（法人名：　　　　　　　　　　　　）  □これから法人を設立する予定（法人の種別：　　　　　　） | | | |
| ⑨事業所の建物の予定 | □建物は未定  □候補物件あり  □すでに予定物件を確保済み  ※図面チェックの場合、各室の寸法が分かる図面を御用意ください。 | | | |
| ⑩事業の開始予定 | □令和　年　月ごろ  □できるだけ早く  □未定 | | | |
| ⑪管理者、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  □これから求人を行う  □未定 | | | |
| ⑫『事業者ハンドブック（指定基準編・報酬編）』(中央法規)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（ハンドブックのことを知らなかった。）。 | | | |