

別記第 1 号様式の付表 7

知的障害者通勤寮の指定に係る記載事項

受付番号

| | | | | | | | | | | |
|-------------------------|-------------|--|----------------|-----------|----------------|-------|--------|---------|----|--|
| 施 設 | フリガナ 名 称 | | | | | | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 -) 県 郡・市 | | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | | | | FAX番号 | | | |
| 管 理 者 | フリガナ | | | 住 所 | (郵便番号 -) | | | | | |
| | 氏 名 | | | | 県 郡・市 | | | | | |
| 併設する施設の名称及び概要 | | 名 称 | | | | | | | | |
| | | 概 要 | | | | | | | | |
| 当該事業の実施について定めてある定款又は条例等 | | | | 第 条第 項第 号 | | | | | | |
| 従業者の職種・員数 | | 医 師 | | 寮長 | | 生活支援員 | | その他の従業者 | | |
| | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | |
| 従業者数 | 常勤(人) | | | | | | | | | |
| | 非常勤(人) | | | | | | | | | |
| 常勤換算後の人数(人) | | | | | | | | | | |
| 基準上の必要人数(人) | | | | | | | | | | |
| 設備基準上の数値記載項目等 | | | | | 基準上の必要値 | | | | | |
| | | 居室 | 1室の最大定員 | 人 | | 人 | | | | |
| | | 入所者1人当たりの最小床面積 | m ² | | m ² | | | | | |
| 主な揭示事項 | | | | | | | | | | |
| 入所定員 | | 人 | | | | | | | | |
| 利用料 | | | | | | | | | | |
| その他の費用 | | | | | | | | | | |
| その他参考となる事項 | | 第三者評価の実施状況 | | | している・していない | | | | | |
| | | 苦情解決の措置概要 | | | 窓口(連絡先) | | 担当者 | | | |
| | | その他 | | | | | | | | |
| 協力医療機関 | | 名 称 | | | | | 主な診療科名 | | | |
| 添付書類 | | 別添のとおり(定款及び登記簿謄本又は条例等、運営規程、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)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの) | | | | | | | | |

- 備考 1 「受付番号」欄及び「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
 2 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紙に記載してください。
 3 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
 4 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

別記第2号様式(第3条関係)

変 更 届 出 書

年 月 日

熊本県知事 様

事業所 所在地
 (設置者) 名称
 代表者の氏名 印

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので、知的障害者福祉法第15条の20(第15条の27)の規定により届け出ます。

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|----------|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|
| | | 事業所番号 | | | | | | | | | |
| 指定内容を変更した事業所(施設) | | 名称 | | | | | | | | | |
| | | 所在地 | | | | | | | | | |
| | | サービスの種類 | | | | | | | | | |
| 変更があった事項 | | 変更の内容 | | | | | | | | | |
| | | (変更前) | | | | | (変更後) | | | | |
| 1:事業所(施設)の名称 | | | | | | | | | | | |
| 2:事業所(施設)の所在地(設置の場所) | | | | | | | | | | | |
| 3:申請者(設置者)の名称 | | | | | | | | | | | |
| 4:主たる事務所の所在地 | | | | | | | | | | | |
| 5:代表者の氏名及び住所 | | | | | | | | | | | |
| 6:定款・寄附行為等及びその登記簿の謄本又は条例等(当該指定に係る事業に関するものに限る。) | | | | | | | | | | | |
| 7:事業所(施設)の平面図及び設備の概要 | | | | | | | | | | | |
| 8:事業所(施設)の管理者の氏名及び住所 | | | | | | | | | | | |
| 9:事業所のサービス提供責任者の氏名及び住所 | | | | | | | | | | | |
| 10:運営規程 | | | | | | | | | | | |
| 11:居宅生活支援費(施設訓練等支援費)の請求に関する事項 | | | | | | | | | | | |
| 12:事業所の種別(併設型・空床型の別) | | | | | | | | | | | |
| 13:併設型における利用者の推定数又は空床型における当該施設の入所者の定員 | | | | | | | | | | | |
| 14:協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約内容 | | | | | | | | | | | |
| 15:知的障害者援護施設等との連携体制及び支援の体制の概要 | | | | | | | | | | | |
| 16:当該申請に係る事業の開始予定年月日 | | | | | | | | | | | |
| 17:併設する施設がある場合の当該併設施設の概要 | | | | | | | | | | | |
| 変更年月日 | | 平成 年 月 日 | | | | | | | | | |

- 備考1 該当項目番号に○を付してください。
 2 変更内容がわかる書類を添付してください。
 3 変更の日から10日以内に届け出てください。