

文京区事業所番号*

*上の欄は、記入しないでください。

平成 年 月 日

文京区地域生活支援サービス事業者登録申請書

文京区長 殿

文京区が実施する（移動支援事業 生活サポート事業 日中短期入所事業）を提供する事業所としての登録を受けたいので、下記のとおり、申請します。

記

申請者（設置者）	フリガナ	カブシキガイシャ ブンキョウカイゴ							
	名 称	株式会社 文京介護							
	所在地	(郵便番号 〒112 - 0000) 東京 都 道 文京 郡・市 〇〇 町・村 1-16-21 府県 区							
	法人の種類別	株式会社	法人所轄庁						
	連絡先電話番号	03-3812-7111	FAX番号	03-3812-7111					
	代表者の職・氏名	職 名	理事長	フリガナ	ブンキョウ イチロウ				
			氏 名	文京 一郎 代表者印					
代表者の住所	(郵便番号 〒112 - 0000) 東京 都 道 文京 郡・市 〇〇 町・村 1-2-3 府県 区								
登録を受けようとする事業所	フリガナ	ショートステイブンキョウ	代表者の印を押してください。						
	名 称	ショートステイ文京							
	事業所の所在地	(郵便番号 〒113 - ××××) 東京 都 道 文京 郡・市 ×× 町・村 2-33-1 △△ビル1・2階 府県 区							
	事業開始予定年 月 日	令和4年11月1日	必ず「実施する」に○を付けてください。						
	文京区日中短期入所給付費の代理受領	実施する		実施しない					
	障害者自立支援法において既に指定を受けている場合（サービスの種類 短期入所 ）								
事業所番号			指 定 年 月 日	平成18年10月1日					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0

備考

- 1 「文京区事業所番号」欄には記載しないでください 都道府県の指定番号を記入してください。
- 2 「法人の種類別」欄には、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記載してください。
- 3 「法人所轄庁」欄には、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 4 「障害者自立支援法において既に指定を受けている場合」のカッコ欄には、既に指定を受けているものについて事業の種類を記載してください。
- 5 「事業所番号」欄には、東京都において既に事業所としての指定を受け、番号が付番されている場合に、その事業所番号を記載してください。
- 6 この他に付表を添付してください。

付表 文京区日中短期入所事業所の登録に係る記載事項(福祉型)

事業所	フリガナ	ショートステイブンキョウ												
	名称	ショートステイ文京												
	所在地	(郵便番号 113 - ××××) 東京都文京区××2-33-1 △△ビル1・2階												
連絡先	電話番号	03-5555-〇〇〇〇					FAX番号	03-5555-××××						
管理者	フリガナ	トウキョウ ハナコ		住所		(郵便番号 150 - △△△△)								
	氏名	東京 花子		住所		東京都渋谷区×××5-6-7								
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合記入)	事業所等の名称		兼務する職種及び 勤務時間等										
事業所の種別	(併設型)・空床型・単独型			併設型 の場合	利用定員数(人)			5人						
					前年度の平均入所者数(人)			3人						
併設(本体)施設	名称	ショートステイ文京												
施設種別等	短期入所	併設(本体)施設の入所者の定員(人)			54人									
単独型事業所の居室	1室の最大定員(人)			入所者1人あたりの最小床面積			m ²							
従業者の職種 ・員数(人)	サービス 管理責任者	医師		看護職員								心理判定員		
		合計	保健師		看護師		准看護師							
	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務		
	従業者数	常勤(人)	0	1	0	1	0	2	0	1	0	1		
		非常勤(人)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
常勤換算後の人数(人)	1		1		2									
基準上の必要人数(人)														
従業者数	職能判定員	理学療法士等								あん摩マツ サーズ指圧師		生活支援員		
		合計	理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員							
	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務		
	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)														
従業者数	職業指導員	就労支援員		介護職員		児童指導員		保育士		精神保健福祉士		その他の従業者		
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	
	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)														
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等又は条例等				第 〇 条 第 〇 項 第 〇 号										
主な揭示事項														
主たる対象者		特定無し・ <u>身体障害者</u> ・ <u>知的障害者</u> ・障害児・精神障害者												
利用料		文京区が定める基準による額												
その他の費用		食事の提供に係る費用(1日につき〇〇円)等と記載する(運営規定と同様になる)												
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況		している・ <u>していない</u>											
	苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		管理者				担当者		東京 花子			
	その他													
協力医療機関		名称		〇〇病院			主な診療科名		〇科・〇科					
添付書類		別添のとおり(都道府県指定通知書の写し、運営規程、契約書、重要事項説明書)												

(備考)

1. 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葉に記載した書類を添付してください。
2. 新設の場合には、「前年度の平均入所者数」欄は推定数を記入してください。
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. 「※兼務」欄には、本体施設との兼務を行う職員について記載してください。
5. 「その他の費用」欄には、利用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。

付表 文京区日中短期入所事業所の登録に係る記載事項(医療型)

事業所	フリガナ	ショートステイブンキョウ														
	名称	ショートステイ文京														
	所在地	(郵便番号 113 - ××××) 東京都文京区××2-33-1 △△ビル1・2階														
管理者	連絡先	電話番号	03-5555-〇〇〇〇				FAX番号	03-5555-××××								
	フリガナ	トウキョウ ハナコ		住所	(郵便番号 150 - △△△△) 東京都渋谷区×××5-6-7											
	氏名	東京 花子		住所	東京都渋谷区×××5-6-7											
事業所の種別	併設型・空床型・単独型			併設型の場合	利用定員数(人)				5人							
					前年度の平均入所者数(人)				3人							
併設(本体)施設	名称	ショートステイ文京														
施設種別等	短期入所	併設(本体)施設の入所者の定員(人)				54人										
単独型事業所の居室	1室の最大定員(人)				入所者1人あたりの最小床面積				m ²							
従業者の職種・員数(人)	サービス管理責任者	医師		看護職員								心理判定員				
		合計	保健師		看護師		准看護師									
	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務		
	従業者数	常勤(人)	0	1	0	1	0	2	0	1	0	1				
		非常勤(人)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
常勤換算後の人数(人)		1		1		2										
基準上の必要人数(人)																
従業者の職種・員数(人)	職能判定員	理学療法士等								あん摩マッサージ指圧師		生活支援員				
		合計	理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員									
	専従	※兼務	専従	※兼務	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)																
従業者の職種・員数(人)	職業指導員	就労支援員		介護職員		児童指導員		保育士		精神保健福祉士		その他の従業者				
		専従	※兼務	専従	※兼務	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)																
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等又は条例等																
第 〇 条 第 〇 項 第 〇 号																
主な掲示事項																
主たる対象者		特定無し・ 身体障害者 ・ 知的障害者 ・障害児・精神障害者														
利用料		文京区が定める基準による額														
その他の費用		食事の提供に係る費用(1日につき〇〇円)等と記載する(運営規定と同様になる)														
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)				管理者				担当者				東京 花子	
	その他															
協力医療機関		名称				〇〇病院				主な診療科名				〇科・〇科		
添付書類		別添のとおり(都道府県指定通知書の写し、運営規程、契約書、重要事項説明書)														

(備考)

1. 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葉に記載した書類を添付してください。
2. 新設の場合には、「前年度の平均入所者数」欄は推定数を記入してください。
3. 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
4. 「※兼務」欄には、本体施設との兼務を行う職員について記載してください。
5. 「その他の費用」欄には、利用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。