

地域生活支援拠点等登録申請書

年 月 日

大阪市長 様

【代表して申請する者】

法人名称	
所在地	
代表者職名 ・氏名	

次の指定特定・障がい児相談支援事業所は、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定計画相談支援に要する額の算定に関する基準に基づきこども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める基準（平成27年厚生労働省告示第180号）」1のイからハの規定に基づき、一体的に管理運営を行うものとして届け出ることとしているので、地域生活支援拠点等の機能を担う事業所として登録されるよう、区地域自立支援協議会における説明資料及び事業所間の協定書を添えて申請します。

1	事業所名		事業所番号		計画相談		障がい児相談	
	所在地		電話番号		ファックス 番号			
	メールアドレス		法人名		代表者職名 ・氏名			
2	事業所名		事業所番号		計画相談		障がい児相談	
	所在地		電話番号		ファックス 番号			
	メールアドレス		法人名		代表者職名 ・氏名			
3	事業所名		事業所番号		計画相談		障がい児相談	
	所在地		電話番号		ファックス 番号			
	メールアドレス		法人名		代表者職名 ・氏名			
4	事業所名		事業所番号		計画相談		障がい児相談	
	所在地		電話番号		ファックス 番号			
	メールアドレス		法人名		代表者職名 ・氏名			
5	事業所名		事業所番号		計画相談		障がい児相談	
	所在地		電話番号		ファックス 番号			
	メールアドレス		法人名		代表者職名 ・氏名			
担う機能		☐ 相談 ☐ 緊急時の受け入れ・対応 ☐ 体験の機会・場 ☐ 専門的人材の確保・養成 ☐ 地域の体制づくり						

※登録された場合、記載内容を大阪市ホームページ等で公表します。

【区自立支援協議会 記入欄】

上記事業者について、地域生活支援拠点等の機能を担う事業所として登録されることに同意します。

1	協議会名	区地域自立支援協議会	代表者補職・氏名	
	説明を受けた会合の名称		開催年月日	
2	協議会名	区地域自立支援協議会	代表者補職・氏名	
	説明を受けた会合の名称		開催年月日	
3	協議会名	区地域自立支援協議会	代表者補職・氏名	
	説明を受けた会合の名称		開催年月日	