

地域生活支援拠点等登録申請書

大阪市長 様

年 月 日

法人名称	
所在地	
代表者職名 ・氏名	

次の事業所を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を添えて申請します。

事業所名		事業所番号	
所在地			
電話番号		ファックス番号	
メールアドレス			
連携担当者（計画相談支援、障がい児相談支援の場合は不要）	(職名及び氏名)		
登録する事業の種別	☐ 居宅介護 ☐ 重度訪問介護 ☐ 同行援護 ☐ 行動援護 ☐ 短期入所 ☐ 生活介護 ☐ 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） ☐ 自立生活援助 ☐ 施設入所支援 ☐ 地域移行支援 ☐ 地域定着支援 ☐ 計画相談支援 ☐ 障がい児相談支援		
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、連携担当者を除く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。

協議会名	区地域自立支援協議会	代表者職名 ・氏名	
説明を受けた 会合の名称		開催年月日	