

小竹町地域生活支援拠点等（新規・変更・終了）届出書

小竹町長 様

	法人の所在地
届出者	名称
	代表者の職・氏名

印

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

事業所番号	
事業所(施設)の名称	(ふりがな)
事業所(施設)の所在地	〒
事業所(施設)の連絡先	(平日) (緊急時)

項目	実施事業	異動等の区分	異動年月日	申出事項	体制の整備	備考
1 相談機能		1 新規 2 変更 3 終了		<input type="checkbox"/> 相談支援専門員の配置 <input type="checkbox"/> 連携短期入所事業所への緊急時対応	※連携短期入所事業所名を記入	
2 緊急時の受入れ・対応の機能		1 新規 2 変更 3 終了		<input type="checkbox"/> 確保型(床) <input type="checkbox"/> 空床型 <input type="checkbox"/> その他()		
3 体験の機会・場の機能		1 新規 2 変更 3 終了		<input type="checkbox"/> 確保型(床) <input type="checkbox"/> 空床型 <input type="checkbox"/> その他()		
4 専門的人材の確保・養成の機能		1 新規 2 変更 3 終了		<input type="checkbox"/> 強度行動障害支援者養成研修修了者の配置 <input type="checkbox"/> 医療的ケア児等コーディネーター養成研修修了者の配置 <input type="checkbox"/> 医療・介護・教育等との連携 <input type="checkbox"/> 有資格者の確保(社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士等) <input type="checkbox"/> その他(右欄に記入)		
5 地域の体制づくりの機能		1 新規 2 変更 3 終了		<input type="checkbox"/> 共同支援体制		

※小竹町記載欄

受付日		登録日	
-----	--	-----	--