**指定相談における事前調書**

初めて障害福祉サービスを始められる方は、次の質問に対する回答を

ご記入ください。

|  |
| --- |
| **事業者（運営法人）について** |
|  | [ ] 　すでに法人設立済み（法人名：　　　　　　　　　　　　　　　）[ ] 　これから法人を設立する予定（法人の種別：　　　　　　　　　） |
| **相談者の氏名等（又は事業者との関係）** |
|  | 役職 | 氏名 | 連絡先TEL | 事業者との関係 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **「指定申請の手引き」はお読みいただきましたか。** |
|  | [ ] 一通り読んだ[ ] ざっと目を通した程度[ ] まったく読んでいない（手引きのことを知らなかった） |
| **新規参入者研修について受講の申込みをしましたか。** |
|  | [ ] すでに受講済み[ ] すでに申込み済み[ ] まだ申し込んでいない（研修について知らなかった） |
| **始められるサービス**　※検討中を含め、該当するものにチェックを付けてください。 |
|  | [ ] 居宅介護　[ ] 重度訪問介護　[ ] 行動援護　[ ] 同行援護　[ ] 移動支援　　※訪問系サービスの場合、介護保険サービスの指定の有無[ ] すでに介護保険サービスの指定を受けている[ ] 同時に介護保険サービスの指定を受ける予定[ ] 介護保険サービスの指定を受ける予定はない[ ] 生活介護　[ ] 短期入所　　　[ ] 自立訓練　　[ ] 就労移行支援　　[ ] 就労継続支援Ａ型　　[ ] 就労継続支援Ｂ型[ ] 共同生活援助（グループホーム）[ ] 相談支援（一般・特定・障害児）[ ] デイサービス型地域活動支援[ ] 未定 |
| **事業を始めようとする動機・障害福祉サービスを実施するに当たっての理念** |
|  |  |

（次ページあり）

|  |
| --- |
| **日中活動系サービス又はグループホームの場合、予定している定員数** |
|  |  |
| **事業の開始予定時期** |
|  |  |
| **事業所の建物の予定**　※所在地は名古屋市内に限ります。 |
|  | [ ] 建物は未定[ ] 候補物件あり[ ] すでに予定物件を確保済み※図面チェックの場合、各室の寸法が分かる図面をご用意ください。 |
| **法人の代表者：障害福祉サービス事業に従事した経験** |
|  | [ ] 経験あり（サービス種類：　　　　　　　　）[ ] 経験なし |
| **事業所の管理者（予定）：障害福祉サービス事業に従事した経験** |
|  | [ ] 経験あり（サービス種類：　　　　　　　　）[ ] 経験なし |
| **従業者の確保の見込み** |
|  | **管理者** |
|  | [ ] すでに確保している　　　　　[ ] これから求人を行う |
| **サービス提供責任者・サービス管理責任者** |
|  | [ ] すでに確保している　　　　　[ ] これから求人を行う |
| **その他の介護職員、生活支援員、職業指導員、世話人等の従業者** |
|  | [ ] すでに確保している　　　　　[ ] これから求人を行う |
| **日中活動系サービスの場合、予定している活動内容（訓練のメニュー、プログラムなど）** |
|  |  |
| **生産活動を行う場合、作業内容と収支見込みについて記入してください。** |
|  |  |
| **当面の運転資金の見込み** |
|  | [ ] 自己資金で賄う（財源の種類：　　　　　　　　　　　　）[ ] 借入れにより賄う（借入先：　　　　　　　　　　　　　） |

以上、ご記入ありがとうございました。