**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。