障害福祉サービスに関する市町事前協議用

令和　年　月　日

〇〇市町長　様

申請者（法人名）:
代表者名：
担当者名
電話番号：
ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ：

下記の障害福祉サービスについて指定申請を予定しておりますので、事前協議します。

記

１　事前協議に関する情報

事前協議先
市町名： 市町担当部署： 事前協議年月日：

※１　当該事前協議書は添付書類も含めて事業開始予定日の７５日（２か月半）前までに市町担当部署に提出すること。
※２　事前協議の日時や方式については市町担当者に確認し、その指示によること。
※３　県への指定申請にあたっては、当書類（添付様式含む）を指定申請書に添付すること

２　事業所開設の動機・目的、運営方針等について

事業開始の動機	
障害福祉サービス運営についての考え	

※実施しようとするサービスに関して記載すること。（欄が不足する場合は次ページにまたがってもよい）

３　指定を受けようとする事業所等の概要

区分	新規指定　　・　　指定の変更	
事業所名		
事業所所在地		
サービスの種類及び利用定員 ※多機能型で合算定員の場合は、各定員を（　）書きすること	サービスの種類 ・生活介護 ・就労継続支援Ｂ型	定員 ・２０名 ・２０名 ・ ・
主たる対象者	身体障害者　・　知的障害者　・　精神障害者 ・　難病等対象者　　　　　区分（　　　　　）まで	
利用者の範囲 （市町単位）		
送迎の有無	有　　・　　無　・　検討中	
営業時間		
事業開始予定年月日	令和　　　年　　　月　　　日	

４　添付書類

・（様式第５号　別紙２）（従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表）

・参考様式④（事業所所在図）

・参考様式⑤　事業所の平面図

・外観及び内観の写真（内装工事が完了していない場合は、外観のみで可）

・参考様式⑥（年間見込収支計画書）
　※サービスごとに作成すること

・運営法人の登記事項証明書の写し
　※就労継続支援Ａ型の場合は法人の定款も必要。

・法人が運営する障害福祉サービス事業の一覧（様式任意）
　※パンフレットなど既存の資料がある場合はその添付でよい。