事前相談の流れ

１．指定基準等を確認ください

指定障がい福祉サービス事業者等として指定を受けるためには、指定基準（市条例で定める人員、設備及び運営に関する基準）や関係法令等を満たす必要があります。市、厚生労働省ホームページ等で確認し、十分に理解した上で事業計画を行ってください。

２．事前相談の時期、回数等について

事前相談の時期については、指定を希望する月の少なくとも3ヶ月前（就労継続支援A型の場合、6ヶ月前）までにお願いします。また、事前相談の回数については、相談の内容等により複数回行う場合がありますので、時間に余裕をもってご相談ください。

担当者が不在の場合もありますので、必ず事前に担当者と日時の調整のうえお越しください。事前に連絡が無く来られた場合は、御対応できない場合がありますので予めご了承くださいますようお願いいたします。

３．事前相談に必要な書類を作成・提出ください

　　　（必要書類）

　　　　　・事前相談票（次ページに様式有り）

・事業計画書

・収支予算書

・使用予定の建物の図面

・使用予定の建物の位置図

　　　（提出期日）　事前相談希望日の７日前までに提出ください

　　　（提出方法）　窓口提出、郵送、メールのいずれか

４．市から日程調整の連絡があります

　　　　市にて提出書類を確認の上、電話にて日程調整を行います

　　　　提出書類に不備がある等の場合は、相談日が遅れることがあります

５．事前相談を行います

　　　　３．で提出した必要書類をお持ちの上、本庁舎２階福祉総務課窓口にお越しください

お問い合わせ　　栃木市 保健福祉部 福祉総務課 検査指導係

電話：0282－21－2237　　アドレス：f-chousa@city.tochigi.lg.jp

事前相談票

作成日　　　　年　　　月　　　日

１．申請者等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | 法人所在地 |  |
| 担当・相談出席者 |  | 電話番号 |  |
| メールアドレス |  | 法人ＨＰ | 有　・　無 |

２．実施希望事業

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| サービス種別 |  | 定員 |  |
| 開設時期 |  | 場所 |  |
| 開設の理由 |  | | |
| 対象障がい種別 |  | | |
| 利用者見込み数 |  | | |
| 支援内容・生産活動等 |  | | |

３．他の社会福祉事業等の実施状況（当市所管障害福祉サービス事業、障害者支援施設を除く）

　　　　有　（事業数：　　　箇所）　・　無

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | サービス種別 |  |
| 事業所所在地 |  | 指定年月日 |  |

４．人員

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職　種 | 氏　名 | 資格、修了研修等 |
| 管理者 |  |  |
| サービス管理・提供責任者、相談支援専門員 |  |  |
| 生活支援員 |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

５．設備

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 建物の階数 | 階建て | 使用階数 | 階 |
| 所有等状況 | 自己所有　・　賃貸借　・　その他（　　　　　　　　　　　　） | | |
| 建物に関する書類 | 検査済証（　有　・　無　）　その他（　　　　　　　　　　　　） | | |
| 当建物の既実施事業 |  | | |
| 同一敷地内既実施事業 |  | | |

欄に書ききれない場合は、欄の追加や別紙の添付等、適宜対応ください。