第１号様式

船橋市地域生活支援拠点登録事業所届出書

年　　月　　日

障害福祉課長　あて

　　所在地

届出者　　法人名

代表者名　　　　　　　　　印

　船橋市地域生活支援拠点事業実施要綱第１０条に基づき、以下のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録を行おうとする事業所 | （フリガナ）  名称 |  | | | |
|  | | | |
| 事業所番号 |  | | | |
| 事業所所在地 | （〒　　－　　　） | | | |
| 事業所連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| E-MAIL |  | | |
| 地域生活支援拠点として担う機能 | * ①相談 * ②緊急時の受け入れ・対応 * ③体験の機会・場 * ④専門的人材の確保・養成 * ⑤地域の体制づくり | | | |

※変更後の運営規程の写しを添付すること。

第２号様式

船橋市地域生活支援拠点登録事業所廃止・休止・再開届出書

年　　月　　日

障害福祉課長　あて

所在地

届出者　　法人名

代表者名　　　　　　　　　印

　次のとおり拠点登録事業所を廃止・休止・再開しましたので届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 廃止・休止・再開する事業所 | 事業所名 |  |
| 事業所番号 |  |
| 所在地 |  |
| 廃止・休止・再開する年月日 |  | |
| 廃止・休止する理由 |  | |
| 緊急対応中の者がいる場合にはその者に対する措置（廃止・休止の場合のみ） |  | |
| 休止予定期間 |  | |

第３号様式

緊急対応記録票

作成日：　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ＜加算対象事業所＞ | |
| 事業所名 |  |
| 事業所番号 |  |
| 対応者 |  |

＜緊急要請内容＞

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 要請日・時刻 | 年　　月　　日（　　）　　： | | | | |
| 要請者 | （本人との関係：　　　　　　） | | | | |
| 要支援者（船橋市援護） |  | | 受給者番号 | |  |
| 要請内容  （緊急と判断した理由も記載すること） |  | | | | |
| 連絡・調整内容 |  | | | | |
| 連絡・調整を行った日・時刻 | 年　　月　　日（　　）　　： | | | | |
| 連絡・調整先の短期入所事業所名 |  | 所在地 | |  | |

＜連絡・調整後の対応＞

|  |  |
| --- | --- |
| 関係者会議の開催有無 | 実施済み ・ 実施なし ・ 実施予定（　 /　 開催予定） |
| 支援の方向性  （今後の課題も記載すること） |  |