

(第7号参考様式)

受付番号	
------	--

精神障害者短期入所事業指定申請書

平成 年 月 日

市(町村)長 殿

所在地

申請者

名称

印

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第50条の3及び「精神障害者短期入所事業運営要綱」(平成14年3月27日障発第0327005号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知の別添2)の規定により、精神障害者短期入所事業を行う者として別記事業所の指定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

申 請 者	フリガナ			
	名称			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -) 県 郡市		
		(ビルの名称等)		
	電話・FAX番号			
代表者の職・氏名	職名		フリガナ	
			氏名	

(別記)

指 定 を 受 け よ う と す る 事 業 所	フリガナ							
	名称							
	施設種別	1. 精神障害者生活訓練施設 2. 精神障害者入所授産施設 3. その他()						
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡市						
		(ビルの名称等)						
	電話・FAX 番号							
	管理者	フリガナ						
		氏名						
	住所	(郵便番号 -) 県 郡市						
	事業開始年月日	平成 年 月 日 (実際に事業を開始する日)						
	従業者の職種・員数	精神保健福祉士	社会復帰指導員		医師		その他	
専任 兼務		専任 兼務	専任 兼務	専任 兼務	専任 兼務	専任・兼務		
常勤(人)								
非常勤(人)								

(注)「専任」は専ら本事業に従事する者について、「兼務」は本事業以外の業務にも従事する者について、その数を記入すること。

添付書類

1. 申請者の定款、寄付行為等
2. 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表
3. 短期入所施設の平面図
4. 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要
5. その他必要な書類