

(第8号参考様式)

受付番号	
------	--

精神障害者地域生活援助事業指定申請書

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「精神障害者地域生活援助事業運営要綱」(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3)の規定により、精神障害者地域生活援助事業を行う者として別記グループホーム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グループホーム	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 -) 県 都市			
		(ビルの名称等)			
	電話・FAX番号				
	管理者	フリガナ			
		氏名			
	世話人	フリガナ			
		氏名			
	事業開始年月日	平成 年 月 日 (実際に事業を開始する日)			
	定員及び居室数	ホーム全体：	人	指定の対象：	人
		ホーム全体：	室	指定の対象：	室
	利用料	月額 円			
緊急時対応施設等					
建物の概要	広さ	土地	m ²	自己所有・賃借	
		建物	m ²	自己所有・賃借	
		居室	1人部屋	m ² (畳) 室	
			2人部屋	m ² (畳) 室	
		(賃借の場合、契約書の写しを添付すること)			

添付書類

1. 申請者の定款、寄付行為等
2. 従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表
3. グループホームの平面図
4. 設備・備品等一覧表
5. 運営規程(定めている場合)
6. 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要
7. その他必要な書類