（別紙様式２）

　　　　　　　　　会員・準会員加入申込書

令和　　　年　　　月　　　日

公益財団法人　日本知的障害者福祉協会

会　長　　　井　　上　　　博　　殿

貴会の定款に定める趣旨に賛同し、会員準則に定める事項に同意の上、（　会員　・　準会員　）として加入

を申し込みいたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | | | | | |
| 事業所（施設）名 |  | | | | | | | | | |
| 指定サービス事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 管理者（施設長）名 | 印 | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 加入年月 | | | 令和　　　年　　　月 | | | | | 設置年月日 | | | 平成・令和　　　年　　　月　　　日 | | | |
| 所在地 | | | 〒 | | | | | | | | | | ＴＥＬ | |
| ＦＡＸ | |
| フリガナ | | |  | | | | フリガナ | | |  | | | | |
| 設置主体名 | | |  | | | | 運営主体名 | | |  | | | | |
| 会員・準会員として申し込む事業のアルファベット、数字、カタカナを丸で囲み、定員を記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設・事業の形態 | A.障害児入所支援　　　名（福祉型・医療型） | | | | | | | | | | | | | |
| B.障害児通所支援（福祉型・医療型） | | | | | | | | | | | | | |
|  | 1．児童発達支援センター　　　名 | | | | 2．児童発達支援事業　　　名 | | | | | | | | 3．放課後等デイサービス　　　名 |
|  | 4. 多機能型（障害者総合支援法に基づく事業も実施されている場合は、C.日中活動系サービス7にもご記入ください）  ｱ.児童発達支援センター　　　名　ｲ.児童発達支援事業　　　名　ｳ.放課後等デイサービス　　　名  　ｴ.保育所等訪問支援　ｵ.居宅訪問型児童発達支援 | | | | | | | | | | | | |
|  | 5. 多機能型（一体型）　　　名  （ｱ.児童発達支援センター　ｲ.児童発達支援事業　ｳ.放課後等デイサービス　ｴ.保育所等訪問支援　オ．居宅訪問型児童発達支援） | | | | | | | | | | | | |
| C.日中活動系サービス | | | | | | | | | | | | | |
|  | 1．療養介護　　　　名 | | | 2．生活介護　　　　名 | | | | | | | 3．自立訓練（機能訓練　　名・生活訓練　　名） | | |
| 4．就労移行　　　　名 | | | 5．就労継続A型　　　　名 | | | | | | | 6．就労継続B型　　　　名 | | |
| 7．多機能型（児童福祉法に基づく事業も実施されている場合は、B.障害児通所支援4にもご記入ください）  ・生活介護　　　名 ・自立訓練（機能訓練　　名・生活訓練　　名・宿泊型　　名） ・就労移行　　　名  ・就労継続A型　　　名 ・就労継続B型　　　名 | | | | | | | | | | | | |
| D．施設入所支援　　　　名　　　　　　　　　※日中活動については、必ず上記のC欄にご記入下さい | | | | | | | | | | | | | |
| E．訪問系サービス　（ 1．居宅介護　2．重度訪問介護　3．行動援護　4．移動支援　5．同行援護） | | | | | | | | | | | | | |
| F．共同生活援助　　　　　名 | | | | | | | | G．相談支援事業 | | | | | |
| H．地域活動支援センター・日中一時支援　　　　名 | | | | | | | | I．自立訓練（宿泊型）　　　　名 | | | | | |
| J．福祉ホーム　　　　名 | | | | | | | | K．就業・生活支援センター | | | | | |
| L.就労定着支援　※実施主体の事業については、必ず上記のC欄にご記入ください | | | | | | | | M.自立生活援助　※実施主体の事業については、必ず上記のD.E.F.G.I欄にご記入ください | | | | | |
| 法人本部所在地 | | | | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○ＴＥＬ  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○ＦＡＸ  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○ＵＲＬ  ○理事長名 | | | | | | | | | | |

　令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〔地方会〕名　称　神奈川県知的障害施設団体連合会

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　会長名　出　縄　　守　英　　　　印（経由）

注１．複数の事業がご加入される場合でも、事業ごとに１枚ずつ本様式に記入してください

注２．指定サービス事業所番号欄には、自治体より受けた事業所番号を記入してください　　注３．この申込書をご提出の際、貴事業所の要覧を添付してください

注４．この申込書は貴事業所の所在する地方会に提出してください

注５．L.Mについては、単独で加入いただくことはできません。実施主体の事業と合わせてご加入ください

会員・準会員加入申込書

令和　　　年　　　月　　　日

関東地区知的障害者福祉協会

会　長　　菊　地　達　美　　殿

貴会に（ 会員 ・ 準会員 ）として加入いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | | | | | |
| 事業所（施設）名 |  | | | | | | | | | |
| 指定サービス事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 管理者（施設長）名 | 印 | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 加入年月 | | | 令和　　　年　　　月 | | | | | 設置年月日 | | | 平成・令和　　　年　　　月　　　日 | | | |
| 所在地 | | | 〒 | | | | | | | | | | ＴＥＬ | |
| ＦＡＸ | |
| フリガナ | | |  | | | | フリガナ | | |  | | | | |
| 設置主体名 | | |  | | | | 運営主体名 | | |  | | | | |
| 会員・準会員として申し込む事業のアルファベット、数字、カタカナを丸で囲み、定員を記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設・事業の形態 | A.障害児入所支援　　　名（福祉型・医療型） | | | | | | | | | | | | | |
| B.障害児通所支援（福祉型・医療型） | | | | | | | | | | | | | |
|  | 1．児童発達支援センター　　　名 | | | | 2．児童発達支援事業　　　名 | | | | | | | | 3．放課後等デイサービス　　　名 |
|  | 4. 多機能型（障害者総合支援法に基づく事業も実施されている場合は、C.日中活動系サービス7にもご記入ください）  ｱ.児童発達支援センター　　　名　ｲ.児童発達支援事業　　　名　ｳ.放課後等デイサービス　　　名  　ｴ.保育所等訪問支援　ｵ.居宅訪問型児童発達支援 | | | | | | | | | | | | |
|  | 5. 多機能型（一体型）　　　名  （ｱ.児童発達支援センター　ｲ.児童発達支援事業　ｳ.放課後等デイサービス　ｴ.保育所等訪問支援　オ．居宅訪問型児童発達支援） | | | | | | | | | | | | |
| C.日中活動系サービス | | | | | | | | | | | | | |
|  | 1．療養介護　　　　名 | | | 2．生活介護　　　　名 | | | | | | | 3．自立訓練（機能訓練　　名・生活訓練　　名） | | |
| 4．就労移行　　　　名 | | | 5．就労継続A型　　　　名 | | | | | | | 6．就労継続B型　　　　名 | | |
| 7．多機能型（児童福祉法に基づく事業も実施されている場合は、B.障害児通所支援4にもご記入ください）  ・生活介護　　　名 ・自立訓練（機能訓練　　名・生活訓練　　名・宿泊型　　名） ・就労移行　　　名  ・就労継続A型　　　名 ・就労継続B型　　　名 | | | | | | | | | | | | |
| D．施設入所支援　　　　名　　　　　　　　　※日中活動については、必ず上記のC欄にご記入下さい | | | | | | | | | | | | | |
| E．訪問系サービス　（ 1．居宅介護　2．重度訪問介護　3．行動援護　4．移動支援　5．同行援護） | | | | | | | | | | | | | |
| F．共同生活援助　　　　　名 | | | | | | | | G．相談支援事業 | | | | | |
| H．地域活動支援センター・日中一時支援　　　　名 | | | | | | | | I．自立訓練（宿泊型）　　　　名 | | | | | |
| J．福祉ホーム　　　　名 | | | | | | | | K．就業・生活支援センター | | | | | |
| L.就労定着支援　※実施主体の事業については、必ず上記のC欄にご記入ください | | | | | | | | M.自立生活援助　※実施主体の事業については、必ず上記のD.E.F.G.I欄にご記入ください | | | | | |
| 法人本部所在地 | | | | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○ＴＥＬ  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○ＦＡＸ  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○ＵＲＬ  ○理事長名 | | | | | | | | | | |

　令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〔地方会〕名　称　横浜知的障害関連施設協議会

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　会長名　斎　藤　　喜美夫　　　　印（経由）

注１．複数の事業がご加入される場合でも、事業ごとに１枚ずつ本様式に記入してください

注２．指定サービス事業所番号欄には、自治体より受けた事業所番号を記入してください　　注３．この申込書をご提出の際、貴事業所の要覧を添付してください

注４．この申込書は貴事業所の所在する地方会に提出してください

注５．L.Mについては、単独で加入いただくことはできません。実施主体の事業と合わせてご加入ください

会員・準会員加入申込書

令和　　　年　　　月　　　日

神奈川県知的障害施設団体連合会

会　長　　　出　縄　守　英　　殿

貴会に（ 会員 ・ 準会員 ）として加入いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | | | | | |
| 事業所（施設）名 |  | | | | | | | | | |
| 指定サービス事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 管理者（施設長）名 | 印 | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 加入年月 | | | 令和　　　年　　　月 | | | | | 設置年月日 | | | 平成・令和　　　年　　　月　　　日 | | | |
| 所在地 | | | 〒 | | | | | | | | | | ＴＥＬ | |
| ＦＡＸ | |
| フリガナ | | |  | | | | フリガナ | | |  | | | | |
| 設置主体名 | | |  | | | | 運営主体名 | | |  | | | | |
| 会員・準会員として申し込む事業のアルファベット、数字、カタカナを丸で囲み、定員を記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設・事業の形態 | A.障害児入所支援　　　名（福祉型・医療型） | | | | | | | | | | | | | |
| B.障害児通所支援（福祉型・医療型） | | | | | | | | | | | | | |
|  | 1．児童発達支援センター　　　名 | | | | 2．児童発達支援事業　　　名 | | | | | | | | 3．放課後等デイサービス　　　名 |
|  | 4. 多機能型（障害者総合支援法に基づく事業も実施されている場合は、C.日中活動系サービス7にもご記入ください）  ｱ.児童発達支援センター　　　名　ｲ.児童発達支援事業　　　名　ｳ.放課後等デイサービス　　　名  　ｴ.保育所等訪問支援　ｵ.居宅訪問型児童発達支援 | | | | | | | | | | | | |
|  | 5. 多機能型（一体型）　　　名  （ｱ.児童発達支援センター　ｲ.児童発達支援事業　ｳ.放課後等デイサービス　ｴ.保育所等訪問支援　オ．居宅訪問型児童発達支援） | | | | | | | | | | | | |
| C.日中活動系サービス | | | | | | | | | | | | | |
|  | 1．療養介護　　　　名 | | | 2．生活介護　　　　名 | | | | | | | 3．自立訓練（機能訓練　　名・生活訓練　　名） | | |
| 4．就労移行　　　　名 | | | 5．就労継続A型　　　　名 | | | | | | | 6．就労継続B型　　　　名 | | |
| 7．多機能型（児童福祉法に基づく事業も実施されている場合は、B.障害児通所支援4にもご記入ください）  ・生活介護　　　名 ・自立訓練（機能訓練　　名・生活訓練　　名・宿泊型　　名） ・就労移行　　　名  ・就労継続A型　　　名 ・就労継続B型　　　名 | | | | | | | | | | | | |
| D．施設入所支援　　　　名　　　　　　　　　※日中活動については、必ず上記のC欄にご記入下さい | | | | | | | | | | | | | |
| E．訪問系サービス　（ 1．居宅介護　2．重度訪問介護　3．行動援護　4．移動支援　5．同行援護） | | | | | | | | | | | | | |
| F．共同生活援助　　　　　名 | | | | | | | | G．相談支援事業 | | | | | |
| H．地域活動支援センター・日中一時支援　　　　名 | | | | | | | | I．自立訓練（宿泊型）　　　　名 | | | | | |
| J．福祉ホーム　　　　名 | | | | | | | | K．就業・生活支援センター | | | | | |
| L.就労定着支援　※実施主体の事業については、必ず上記のC欄にご記入ください | | | | | | | | M.自立生活援助　※実施主体の事業については、必ず上記のD.E.F.G.I欄にご記入ください | | | | | |
| 法人本部所在地 | | | | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○ＴＥＬ  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○ＦＡＸ  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○ＵＲＬ  ○理事長名 | | | | | | | | | | |

　令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〔地方会〕名　称　横浜知的障害関連施設協議会

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　会長名　斎　藤　　喜美夫　　　　印（経由）

注１．複数の事業がご加入される場合でも、事業ごとに１枚ずつ本様式に記入してください

注２．指定サービス事業所番号欄には、自治体より受けた事業所番号を記入してください　　注３．この申込書をご提出の際、貴事業所の要覧を添付してください

注４．この申込書は貴事業所の所在する地方会に提出してください

注５．L.Mについては、単独で加入いただくことはできません。実施主体の事業と合わせてご加入ください