

会員・準会員加入申込書

平成 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	平成 年 月 日	設置年月日	平成 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)	
	7. 児童発達支援センター _____ 名 4. 児童発達支援事業 _____ 名 5. 放課後等デイサービス _____ 名	
	6. 保育所等訪問支援 7. 居宅訪問型児童発達支援	
	5. 多機能型 (一体型) _____ 名	
	(7. 児童発達支援センター 4. 児童発達支援事業 5. 放課後等デイサービス 6. 保育所等訪問支援 7. 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欄にご記入ください		
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

平成 年 月 日

[地方会] 名 称
会 長 名

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