豊橋市地域生活支援拠点等事業の登録について（事前協議）

年　　　月　　　日

豊橋市長　様

申請者　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　 （設置者）名　称

代表者

電話番号

豊橋市地域生活支援拠点等事業の登録にあたり次のことを協議します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 地域生活支援拠点等事業の登録を希望する事業所 | 事業所番号 |  |
| フリガナ事業所名称 |  |
|  |
| 所在地 | （〒　　　-　　　　） |
| 連絡先 | 電話番号 |  |
| E-mail |  |
| サービス種別（例：特定相談支援　等） |  |
| 地域生活支援拠点等として担う機能 | □ ①相談□ ②緊急時の受入れ・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 |
| 連携担当予定者 |  |
| ※基幹相談支援センターや他事業所等との連携・調整の中心となる担当者を記入してください（複数いる場合は各々の氏名を記載）※サービス種別が計画相談支援及び障害児相談支援の場合必須ではない |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 市における地域生活支援拠点等の整備状況の確認と整備促進における課題等 |  |
| (例)短期入所事業所での常時の緊急受入体制を確保し、緊急時は積極的に受入れを行います。/ 専門的な対応を行う支援体制を安定して確保していくことに課題を感じるため、積極的な研修参加等人材育成に努めていきます。 |
| 実際に支援を行う場合の連携方法等 |  |
| (例)上記で定めた連携担当者を中心に常時の連絡体制を備え、緊急時の相談対応やコーディネートを行います。 |
| 整備状況の公表に係る周知方法 |  |
| (例)地域生活線拠点等事業所であることを自事業所HPにて掲載します。 |