

事前相談の際に、本書面に必要事項を記入のうえお持ちください。

障害児通所支援事業所等開設事前相談票

(宛先) 京都市長

法人名 (*)	
事業所名	
開設事業区分 (*)	<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 <input type="checkbox"/> 障害児相談支援
開設予定地 (*)	区
開設希望日	年 月 日
定員 (児童部分)	(児童発達支援 名程度) (放課後等デイサービス 名程度) 定員計 名
添付書類 (*)	<input type="checkbox"/> 開設予定地の地図 (開設予定場所がわかるもの) <input type="checkbox"/> 物件の平面図 (面積基準を満たしていることがわかるもの) <input type="checkbox"/> 検査済証等 (耐震基準を満たしていることがわかるもの)
担当者名	
連絡先	
【その他連絡事項, 現在開設中の障害福祉サービス等がありましたら御記入ください】	

※今後、記載開設予定地又は物件が変更になった場合、上記記載事項(*)に変更があった場合は、再度事前相談を行う必要がございますので至急御連絡ください。

※また、本書面は、事業所開設の指定をお約束するものではありません。

※開設希望日から6か月以上遅れる場合、再度事前相談を行う必要がありますのでご了承ください。



京都市子ども若者はぐくみ局
子ども若者未来部子ども家庭支援課 (障害児支援担当)
(TEL 075-746-7625)

相談日: 令和 年 月 日

担当者: _____,