

会員・準会員加入申込書

貴会に（会員・準会員）として加入いたします。

平成 年 月 日

公益財団法人 日本知的障害者福祉協会
会長 橋 文 也 殿

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	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	

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 〕 I. 保育所等訪問支援		
	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 I. 保育所等訪問支援）		
	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			
法人本部所在地	〒	OTEL	
		OFAX	
		OURL	
		○理事長名	

平成 年 月 日

〔地方会〕名称 愛知県知的障害者福祉協会
会長名 川崎 純 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. この申込書は貴事業所の所在する地方会に提出してください

注4. 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