様式第１号

　令和　　年　　月　　日

　糸満市長　殿

住　　　所：

事業所名称：

代　表　者：

参加申込書

　令和６年度糸満市障害福祉サービス事業所におけるモデルＢＣＰ策定業務について、令和６年度糸満市障害福祉サービス事業所におけるモデルＢＣＰ策定業務提携事業者選定要領に定める参加資格を全て満たしているので、参加を申し込みます。

添付書類

・ＢＣＰ策定業務の実施体制（様式２号）

・作成中または作成済のＢＣＰの写し

・障害者総合支援法又は児童福祉法に規定する事業者の指定を受けている旨を証する書面（事業所指定書）の写し

連絡担当者：

所　　　属：

氏　　　名：

電話番号：

E-mail：

様式第２号

ＢＣＰ策定業務の実施体制

令和　　年　　月　　日現在

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名称 |  |
| 提供しているサービス  （該当するサービスに〇）※複数選択可 | **【訪問系サービス】**　居宅介護　行動援護　同行援護　重度訪問介護  　重度障害者等包括支援　短期入所  **【日中活動系サービス】**　生活介護　療養介護　自立訓練・機能訓練  　自立訓練・生活訓練　宿泊型自立訓練　就労移行支援  　就労継続支援Ａ型　就労継続支援Ｂ型　就労定着支援  **【居住系サービス】**　自立生活援助　施設入所支援　共同生活援助  **【障害児通所系サービス】**　放課後等デイサービス　児童発達支援  　保育所等訪問支援 |
| 重症心身障害児又は  医療的ケア児の受入数 | 人　（※申込日現在） |
| サービス毎の  利用契約者数 | （例）居宅介護　〇人、生活介護　〇人　（※申込日現在） |
| 津波浸水地域に該当するか | 該当する　・　該当しない |
| ＢＣＰ主担当者 職・氏名 |  |
| ＢＣＰ副担当者 職・氏名  ※複数いる場合、全て記入 |  |
| ＢＣＰ策定年月日 | 令和　　年　　月　　日　・　未策定 |
| ＢＣＰ作成についての  課題 |  |
| 糸満市への要望等 |  |