

会員加入申込書

年 月 日

一般社団法人 兵庫県知的障害者施設協会
 会長 松端信茂 様

貴協会の定款に定める趣旨に賛同し、定款細則に定める事項に同意のうえ、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	
フリガナ	
管理者(施設長)名	®
E-mail	

(加入月より月割りで会費が発生しますので、宜しくお願い致します。)

加入年月	令和 年 月	設置年月日	平成・令和 年 月 日
フリガナ		フリガナ	
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.日中系活動サービス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)			
[ア 生活介護 ____名 3. 自立訓練(機能訓練 ____名・生活訓練 ____名・宿泊型 ____名) 4. 就労移行 ____名] [5. 就労継続A型 ____名 6. 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. 地域支援/訪問系 地域活動支援センター ____名 居宅介護 重度訪問介護 行動援護 移動支援			
F. 共同生活援助 ____名			
G. 相談支援事業			
法人本部所在地	フリガナ	TEL	
	〒		
	フリガナ	FAX	
	理事長名	URL	

※ 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。

※ 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。

[別表2] 一般社団法人 兵庫県知的障害者施設協会 会費徴収表

種 別	該当する事業	定員区分(人)	会費金額	備 考
入所支援系	<ul style="list-style-type: none"> ・児童入所 ・(旧)通勤寮 ・(旧)入所更生 ・施設入所支援 	～ 29	58,320	
		30 ～ 49	64,800	
		50 ～ 74	81,000	
		75 ～ 99	97,200	
		100 ～ 149	113,400	
		150 ～ 189	129,600	
		190 ～	138,000	
通所支援系	<ul style="list-style-type: none"> ・児童通園 ・(旧)通所更生 ・(旧)通所授産 ・日中活動(多機能・単一) 	～ 29	54,000	
		30 ～ 69	64,800	
		70 ～	75,000	
重心系	・重症心身障害児(者)施設	一律	51,840	
GH・CH系	<ul style="list-style-type: none"> ・共同生活援助 ・共同生活介護 (※本体施設ごとの合算数)	～ 14	7,500	
		15 ～ 29	11,250	
		30 ～ 49	15,000	
		50 ～	18,750	
地域支援系	<ul style="list-style-type: none"> ・相談支援 ・訪問系 ・地域活動センター ・就業・事業? (※本体施設ごとのいずれか1か所)	一律	7,500	
賛助会員	団体賛助会員	一律	15,000	
	個人賛助会員	一律	7,500	