

付表2 移動支援事業・生活サポート事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

受付番号

事業所	フリガナ 名称						
	所在地	〒	←郵便番号を半角数字7桁で記載してください				
連絡先	電話番号			FAX番号			
主な 揭示 事項	営業日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 祝日					
	営業時間	平日	～	土曜	～	備考	
		日曜	～	祝日	～		
	サービス内容	<input type="checkbox"/> 移動支援 <input type="checkbox"/> 生活サポート					
	主たる対象者	移動支援	<input type="checkbox"/> 特定なし	<input type="checkbox"/> 身体障害者	<input type="checkbox"/> 知的障害者	<input type="checkbox"/> 障害児	<input type="checkbox"/> 精神障害者
		生活サポート	<input type="checkbox"/> 特定なし	<input type="checkbox"/> 身体障害者	<input type="checkbox"/> 知的障害者	<input type="checkbox"/> 障害児	<input type="checkbox"/> 精神障害者
	利用料						
	その他の費用						
通常の事業の実施地域							
その他参考 となる事項	第三者評価の実施状況	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無					
	苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)					
		担当者					
その他							

(備考)

- 「受付番号」欄には、記載しないでください。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
- 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。
なお、一部の地域が実施地域である場合は適宜地図を添付してください。