

(参考様式9)

主たる対象者を特定する理由等

事業所の名称	
サービスの種類	

1 申請に係るサービスの主たる対象者

※該当するものを○で囲むこと。

身体障害者(肢体不自由 ・ 視覚 ・ 聴覚言語 ・ 内部障害)
知的障害者 ・ 障害児 ・ 精神障害者

2 主たる対象者を1のとおり特定する理由

3 今後における主たる対象者の拡充の予定

(1) 拡充予定の有無

あり ・ なし

(2) 拡充予定の内容及び予定時期

(3) 拡充のための方策