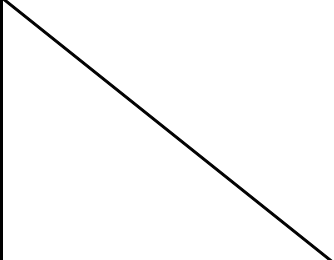


付表1 移動支援事業所・生活サポート事業所の登録に係る記載事項

										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																
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等又は条例等												第		条		第		項		第		号	
管理者	フリガナ 氏 名																						
	住 所		〒		←郵便番号を半角数字7桁で記載してください																		
	当該事業所における居宅介護従業者等との兼務の有無								☒ 有 ☐ 無														
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)				事業所等の名称																		
兼務する職種																							
				勤務時間																			
サービス提供者	フリガナ 氏 名																						
	住 所		〒		←郵便番号を半角数字7桁で記載してください																		
従業者の職種・員数	(単位:人)		移動支援従業者		その他従業者																		
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務															
	従業者数	常勤																					
		非常勤																					
	常勤換算後の人数																						
基準上の必要人数																							
主な揭示事項	営業日		☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土 ☐ 日 ☐ 祝日																				
	営業時間		平日		～		土曜		～		備考												
			日曜		～		祝日		～														
	サービス内容		☐ 移動支援 ☐ 生活サポート																				
	主たる対象者		移動支援		☐ 特定なし		☐ 身体障害者		☐ 知的障害者		☐ 障害児		☐ 精神障害者										
			生活サポート		☐ 特定なし		☐ 身体障害者		☐ 知的障害者		☐ 障害児		☐ 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				☒ 有 ☐ 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」「基準上の必要人数」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業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。
- 出張所がある場合は、付表2を別に作成してください。また、従業者については、本様式中に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。