

付表５ 重度障害者等包括支援事業所の指定等に係る記載事項

事業所	フリガナ 名 称								
	所在地	(郵便番号 -)							
	電話番号								
	E-Mail								
事業 所以外 の 事務 所	フリガナ 名 称								
	所在地	(郵便番号 -)							
	電話番号								
	E-Mail								
管 理 者	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日				
	住 所	(郵便番号 -)							
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)								
	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							
		兼務する職種及び勤務 時間等							
障害児対象事業 (該当するものに ○)	(該当 非該当)								
利用する障害児の 推定数(人)(障害 児対象事業に該当 する場合記入)									
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項									
事業 所 の 体 制	提供する障害福祉サー ビス	種類	事業所名						
	第三者委託により提供 する障害福祉サービス	種類	事業所名				所在地		
利用者からの連絡対応 体制の概要									
利用者の推定数(人)									
主たる対象者 (いずれかに○)		特定しない		Ⅰ 類型		Ⅱ 類型		Ⅲ 類型	
営業日(該当する 日に○)		日	月	火	水	木	金	土	祝
		その他(年末年始等)							
営業時間		平日	:			~			:
		土曜	:			~			:
		日・祝	:			~			:

利用料				
その他の費用				
通常の事業の実施 地域				
協力医療機関	名称		診療科名	

(備考)

1. 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。
2. 更新の場合には、「利用者の推定数」欄及び「利用する障害児の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。
3. 「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も記載してください。
4. 「診療科名」欄には、主な診療科名 1 つを記載してください。

■事業所以外の事務所

	フリガナ	
--	------	--

事業所以外の事務所

■サービス提供責任者

サービス提供責任者

	住 所	(郵便番号 -)

■事業所の体制

事業所の体制	他に指定を受けている 障害福祉サービス等	種類	事業所名	事業所番号
	委託による提携事業所	種類	事業所名	事業所番号

■協力医療機関

協力医療機関	名称		診療科名	
	名称		診療科名	
	名称		診療科名	
	名称		診療科名	
	名称		診療科名	