

付表9 就労継続支援事業所の指定等に係る記載事項

サービス種別(申請するものに○)		就労継続支援A型		就労継続支援B型	
事業所	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					
サービス 責任者 管理	フリガナ 氏 名	生年月日	年	月	日
	住 所	(郵便番号 - )			
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等		第 条 第 項 第 号			
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項					
利用定員(人)					
利用者の推定数(人)					
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		
○一体的に実施する従たる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				
サービス 責任者 管理	フリガナ 氏 名	生年月日	年	月	日
	住 所	(郵便番号 - )			
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等		第 条 第 項 第 号			
利用定員(人)					
利用者の推定数(人)					
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。

記入欄不足時の資料

■サービス管理責任者

サービス管理責任者	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	(郵便番号 - )		
	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	(郵便番号 - )		
	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	(郵便番号 - )		
	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	(郵便番号 - )		
	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	(郵便番号 - )		

■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	