移動支援事業所の指定に係る記載事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ |  |
| 名称 |  |
| E-mail |  |
| 管理者 | フリガナ |  | 住　　所 | 〒 |
| 氏名 |  |  |
| TEL: |
| 他の職務との兼務の有無及び職種 | 有・無 | 職　種 |  |
| 同一敷地内の他の事業所又は施設を兼務する場合における当該兼務する事業所との名称等 | 名称 | １） |  |
| ２） |  |
| ３） |  |
| ４） |  |
| サービス種類 | １） |  |
| ２） |  |
| ３） |  |
| ４） |  |
| 職種 | １） |  |
| ２） |  |
| ３） |  |
| ４） |  |
| 勤務時間 | ：　　～　　： | （実働　　時間　　分） |
| 職員の職種・員数 | 職種・勤務形態常勤・非常勤の別 | 従　業　者 |
| 専　　従 | 兼　　務 |
| 常　　　　　　勤 | （人） |  |  |
| 非常勤 | （人） |  |  |
| 常勤換算後の人数 | （人） |  |

移動支援事業所の指定に係る記載事項

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 主な掲示事項 | 営業日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 祝 | 休業日 | 年末年始 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 夏季 |  |
| その他 |  |
| 営業時間 | 平　日 | 時　　　分～　　　時　　　分 | 備考 |  |
| 土 | 時　　　分～　　　時　　　分 |
| 日　祝 | 時　　　分～　　　時　　　分 |
| サービス提供日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 祝 | 休業日 | 年末年始 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 夏季 |  |
| その他 |  |
| サービス提供時間 | 時　　　分～　　　時　　　分　・　24時間 |
| サービスを提供する主たる対象者 | 身体障害者 | 知的障害者 | 障害児 | 精神障害者 |
|  |  |  |  |
| 提供する障がい福祉サービスの内容 | 居　　宅　　介　　護 | 重度訪問介護 | 同行援護 | 行動援護 |
| 身体介護家事援助 | 通　院　介　助 | 通院等乗降介助 |
| 身体介護有 | 身体介護無 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| グループ支援の有無 | 有　　・　　無 | 対応人数 | 約　　　　　名 |
| 通常の事業の実施地域 |  |
| 利用料以外の費用 |  |