

付表16 自立生活援助事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ 名 称										
	所在地	(〒 - )									
	連絡先	電話番号				FAX番号					
	e-mail										
管理者	フリガナ 氏名		住所		(〒 - )						
	当該自立生活援助事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）										
	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		職種	勤務時間		～			
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等の条文							第 条 第 項 第 号				
前年度の平均利用者数（人）		人									
サービス 管理責任者	フリガナ 氏 名				住所	(〒 - )					
従業者の職種・員数		サービス管理責任者		地域生活支援員							
		専 従	兼 務	専 従	兼 務						
		従業者数	常勤（人）								
	非常勤（人）										
主な掲示事項											
営業日（○を付す）		日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日	
営業時間		平日	～			土曜	～		日曜・祝日	～	
主たる対象者 （該当項目に「○」を付す）		特定 なし	身体障害者				知的 障害者	精神 障害者	難病等 対象者		
		細分なし	肢体不自由	視覚障害	聴覚・言語	内部障害					
利用料		<input type="checkbox"/> 市町村が定める額									
		<input type="checkbox"/> その他（ ）									
その他の費用（項目・金額も記入）											
通常の事業実施地域											
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況				している ・ していない					
		苦情解決の措置概要				窓口	TEL	担当者			
		その他									
添付書類		<input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> 事業所平面図 <input type="checkbox"/> 運営規程 <input type="checkbox"/> 管理者経歴書 <input type="checkbox"/> サービス管理責任者経歴書 <input type="checkbox"/> 苦情処理の概要 <input type="checkbox"/> 勤務体制・形態一覧表 <input type="checkbox"/> 財務諸表 <input type="checkbox"/> 主たる対象者特定理由書 <input type="checkbox"/> 誓約書 <input type="checkbox"/> 資格証等（写） <input type="checkbox"/> 実務経歴証明書等 <input type="checkbox"/> その他（ ）									

（備考）

- 「受付番号」欄は、記入しないでください。
- 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様に記載した書類を添付してください。
- 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
- 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
- 「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。