

付表5 重度障害者等包括支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	(〒 ー ) 県 郡・市				
	連絡先	電話番号			ファックス番号	
	e-mail					
管理者	フリガナ			(〒 ー )		
	氏 名	住 所		県 郡・市		
	サービス管理責任者との兼務の有無			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・寄付行為等又は条例等					第 条 第 項 第 号	
サービス提供責任者	フリガナ 氏 名			住 所	(〒 ー ) 県 郡・市	
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 ※ 主たるサービスを1に記入し、それ以外を2以降に記入。	種 類	事業所名		事業所番号	
		1				
		2				
	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	名称			主な診療科名		
利用者からの連絡対応体制の概要(24時間対応体制図の添付)	※ 24時間対応できる体制図(様式適宜(工業規格A4)を添付すること)					
主な揭示事項	利用者数	人				
	主たる対象者 (該当項目欄に「○」を付す)	I 類型	II 類型	III 類型		
	利用料	□市町村が定める額 □その他( )				
	その他の費用(項目・金額も記入)					
	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	している・していない			
一体的に管理運営を行う他の事業所	苦情解決の措置概要					
	窓 口 電話番号 担当者					
添 付 書 類	□登記事項証明書 □建物の構造概要・平面図 □居室面積一覧表 □設備・備品一覧表 □管理者経歴書 □サービス提供責任者経歴書 □運営規程 □苦情処理の概要 □勤務体制・形態一覧表 □財務諸表 □協力医療機関との契約書等 □主たる対象者特定理由書 □誓約書 □資格証等(写) □実務経験証明書等 □その他( )					

【記載要領】

- 1 「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。
- 2 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葉に記載した書類を添付してください。
- 3 「他に指定を受けている障害福祉サービス」欄には、重度障害者等包括支援以外に指定を受けているものについて記載してください。重度包括支援と同時に指定を受けようとする場合は事業所番号の記載は不要です(なお、その際は、事業所番号の欄に「申請中」と記載)。
- 4 第三者に委託して障害福祉サービスを提供する場合は、予定している事業所を「委託による提携事業所」に記載してください。なお、指定事業所でない場合は事業所番号の記載は不要です。
- 5 「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。
- 6 「利用者数」欄には、当該事業所において提供できる利用者の数を記載してください。
- 7 「主たる対象者」欄には、「○」を付してください。
- 8 「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。
- 9 「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。