

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	(郵便番号 —)			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
	メールアドレス				
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 —)
	氏名				
	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		
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					
前年度の平均利用者数(人)		人			
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)				
主な揭示事項					
営業日					
営業時間					
主たる対象者		特定無し・身体障害者・知的障害者・精神障害者・難病等対象者			
利用料					
その他の費用					
通常の事業実施地域					
その他参考となる事項		苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)	担当者	
		その他			
添付書類		別添のとおり(登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表)			

(備考)

1. 「受付番号」欄は、記入しないでください。
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様に記載した書類を添付してください。
3. 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。
4. 「主な揭示事項」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。
5. 「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。
6. 「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。