

重度障害者等包括支援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			
	サービス提供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		
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
サービス提供責任者	フリガナ		住所	(郵便番号 - )
	氏名			
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		種類	事業所名	事業所番号
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				
主な揭示事項				
主たる対象者		特定無し・Ⅰ類型・Ⅱ類型・Ⅲ類型		
利用者数		人		
利用料				
その他の費用				
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(連絡先)	担当者
		その他		
一体的に管理運営されるその他の事業所				
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, 実務経験証明書又は実務経験見込申立書, 雇用証明書又は雇用確約証明書, 誓約書)		

(備考)

- 「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。
- 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。
- 「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。
- 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。
- 「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。
- 「主たる対象者」欄については、気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理を行っている身体障害者を対象とする場合は「Ⅰ類型」、最重度知的障害者を対象とする場合は「Ⅱ類型」、行動関連項目等の合計点数が8点以上である者を対象とする場合は「Ⅲ類型」を選択してください。特定しない場合は「特定無し」を選択してください。
- 「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。
- 「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。