

付表5 重度障害者等包括支援事業所の指定に係る記載事項

記入例

事業所	フリガナ 名 称	サセボジギョウシヨ 佐世保事業所								指定書に記載される（されている）正式な事業所名を記入	
	所在地	(郵便番号 857 - 8585) 長崎 県 佐世保 市 八幡町1番10号								マンション等や建物の2階以上で実施する場合は、その建物名、階数まで記入	
	連絡先 E-Mail	電話番号	0956-12-3456		FAX	0956-45-6789			法人のメールアドレスを記入		
	sasebo@jigyosyo.co.jp										
事業 所以外 の 事業 所	フリガナ 名 称										
	所在地	(郵便番号 -) 県 市									
	連絡先 E-Mail	電話番号			FAX						
管 理 者	フリガナ 氏 名	サセボ ジロウ 佐世保 次郎	生年月日	1986 年 8 月 20 日							
	住 所	(郵便番号 857 - 0042) 長崎 県 佐世保 市 高砂町5番1号									
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)									当事業所で兼務する場合は、記入	
	他事業所で兼務する場合は、その勤務状況を記入										
	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	高砂事業所								
		兼務する職種及び勤務 時間等	管理者として、週2・3日程度、8時間勤務								
○人員に関する基準の確認に必要な事項											
従業者の職種・員 数		居宅介護等従業者		その他の従業者							
		専従	兼務	専従	兼務						
常勤(人)		5	2	0	2						
非常勤(人)		3	0	0	0						
常勤換算後の人数(人)		7.5		1.0							
基準上の必要人数(人)											
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項											
事 業 所 の 体 制	提供する障害福祉サー ビス	種類	事業所名								
		居宅介護	九十九事業所								
		重度訪問介護	九十九事業所								
		就労継続支援B型	九十九事業所								
	第三者委託により提供 する障害福祉サービス	種類	事業所名						所在地		
利用者からの連絡対応 体制の概要	24時間体制にて対応										
利用者の推定数(人)		18.0									
主たる対象者 (いずれかに○)		特定しない	○	I 類型		II 類型		III 類型		運営規程と一致させること	
営業日(該当する 日に○)	日	月	火	水	木	金	土	祝			
	○	○	○	○	○	○	○	○			
	その他(年末年始等)			12/29～1/3は休業日							運営規程と一致させること
営業時間	平日	8	:	30	～	17	:	15			
	土曜	8	:	30	～	17	:	15			
	日・祝				:		:				
利用料		運営規程に定めたとおり									
その他の費用		運営規程に定めたとおり								運営規程と一致させること	
通常の事業の実施 地域		佐世保市、佐々町（ただし、離島を除く）									
協力医療機関 (備考)		名称	佐世保病院			主な診療科名	内科				

- 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。
- 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。
- 「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も記載してください。

記入欄不足時の資料

■事業所以外の事務所

事業所以外の事務所	フリガナ 名 称			
	所在地	(郵便番号 -) 県 市		
	連 絡 先	電話番号		FAX
	E-Mail			
	フリガナ 名 称			
	所在地	(郵便番号 -) 県 市		
	連 絡 先	電話番号		FAX
	E-Mail			
	フリガナ 名 称			
	所在地	(郵便番号 -) 県 市		
	連 絡 先	電話番号		FAX
	E-Mail			

■サービス提供責任者

サービス提供責任者	フリガナ		生年月日		年	月	日
	氏 名						
	住 所	(郵便番号 -) 県 市					
	フリガナ		生年月日		年	月	日
	氏 名						
	住 所	(郵便番号 -) 県 市					
	フリガナ		生年月日		年	月	日
	氏 名						
	住 所	(郵便番号 -) 県 市					
フリガナ		生年月日		年	月	日	
氏 名							
住 所	(郵便番号 -) 県 市						
フリガナ		生年月日		年	月	日	
氏 名							
住 所	(郵便番号 -) 県 市						

■事業所の体制

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

協力医療機関	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	