

(付表6)

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

		受付番号	
事業所	フリガナ 名称	サセボジギョウシヨ 佐世保事業所	
	所在地	(郵便番号 857 - 8585) 長崎 県 佐世保 市 八幡町1番10号	
	連絡先	電話番号 0956-12-3456 FAX番号 0956-45-6789 メールアドレス sasebo@jigyosyo.com (事業所)	
管理者	フリガナ 氏名	サセボ ジロウ 佐世保 二郎	住所 (郵便番号 857 - 0042) 長崎 県 佐世保 市 高砂町5番1号
	サービス提供責任者との兼務の有無	無	
同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者等との 兼務(兼務の場合記入)	事業所等の名称	佐世保障害者支援施設	
	兼務する職種 及び勤務時間等	管理者 9:00~17:00	
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等又は条例等 第 3 条 第 1 項 第 2 号			
サービス 提供責任者	フリガナ 氏名	サセボ ハナコ 佐世保 花子	住所 (郵便番号 857 - 0042) 長崎 県 佐世保 市 高砂町5番1号
	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	障 害 者 支 援 施 設	事業所番号 4210211111
	種 類	居宅介護 重度訪問介護	事業所番号 4210222222 4210222222
委託による提携事業所	種 類	事業所名 佐世保居宅介護等事業所 佐世保居宅介護等事業所	事業所番号 4210222222 4210222222
協力医療機関	名称	佐世保病院	主な診療科名 内科、精神科
利用者からの 連絡対応体制の概要	管理者・サービス提供責任者等により常時連絡を受けることを基本とするが、一体的に管理運営を行う障害者支援施設においても情報共有を行うとともに、利用者からの連絡受付体制を取る		
主な提示事項			
主たる対象者	特定無し	I 類型	II 類型
利用者数	10	人	
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		
通常の事業の実施地域	佐世保市(離島を除く)、佐々町		
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	していない	
	苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)	0956-12-3456 担当者 佐世保 花子
その他	なし		
一体的に管理運営される その他の事務所	佐世保障害者支援施設		
添 付 書 類	別添のとおり(定款、寄附行為及び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、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの)		

- 指定書に記載される(されている)正式な事業所名を記入(運営規程と一致)
- マンション等や建物の2階等で実施する場合は、その建物名、階数まで記入
- 事業所ごとにメールアドレスがない場合は法人のメールアドレスを記入し、(事業所)か(法人)のいずれかを選択
- マンション等の場合は、部屋号数まで記入
- 他の事業所で兼務する場合は、その事業所の名称・職種・勤務時間を記入
- 定款等で当該事業について定めている条項を記入
- マンション等の場合は、部屋号数まで記入
- 他に指定を受けている事業について記入
- 委託により当事業を行う場合、その提携事業所の内容を記入
- 正式な医療機関名と診療科目を記入(契約書と一致)
- 一体的に運営を行う事業所等との連絡体制についても記入
- 類型は、備考欄の6を参照
- 具体的に対象となる範囲を記入(運営規程と一致)
※範囲外の者の受け入れができないわけではない
- 第三者評価を実施している場合のみ「している」を選択
※第三者委員の設置ではない
- 苦情受付担当者と連絡先を記入
- 一体的な運営管理を行う事業所等がある場合は記入

(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様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。
- 「主な提示事項」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15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、市町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には、適宜地図を添付してください。