

指定障害福祉サービス事業所に係る多機能型による
事業を実施する場合の記載事項(総括表)



※多機能型事業実施時は各付表とこの表を併せて提出してください。

主事業所	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
	サービス種別	就労継続支援A型			
	受付番号				

多機能型事業所のうち、主となる事業所名(正式名称)を記入
※例: 就労継続支援A型とB型の多機能型事業所の場合に、主となるA型事業所の名称

主となる事業所のサービス種別を記入

(注)他事業所については、下欄に記載すること。

他事業所 I	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	0956-23-4567	FAX番号	0956-34-5678
	サービス種別	就労継続支援B型			
	受付番号				

多機能型事業所のうち、その他の事業所名(正式名称)を記入
※例: A型とB型の多機能型事業所である場合で、主となる事業所がA型の場合、他方のB型事業所の名称を記入

当該事業所のサービス種別を記入

他事業所 II	フリガナ 名称	サセボセイカツカイゴジギョウシヨ 佐世保生活介護事業所			
	所在地	(郵便番号 857 - 0028) 長崎 県 佐世保 市 八幡町4番8号			
	連絡先	電話番号	0956-98-7654	FAX番号	0956-65-4321
	サービス種別	生活介護			
	受付番号				

他事業所 III	フリガナ 名称				
	所在地	(郵便番号 -) 県 市			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
	サービス種別				
	受付番号				

他事業所 IV	フリガナ 名称				
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡・市			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
	サービス種別				
	受付番号				

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		
	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				

主たる対象とする障害の種類	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
	○	細分無し	肢体不自由	視覚障害	聴覚・言語	内部障害			

生活介護事業所の前年度の平均障害程度区分に該当する箇所、前年度の平均利用人数を記入
※生活介護を実施しない場合は、記入不要

生活介護を行う場合のみ		事業所が申告する障害程度区分の平均値		
前年度の平均実利用者数(人)	サービス単位1	4未満	4以上5未満	5以上
	サービス単位2		8.5	
	サービス単位3			

生活介護事業を実施する場合、必ず「有」の方に○を付ける

実施事業	生活介護	自立訓練 (機能訓練)	自立訓練 (生活訓練)	就労移行支援 (通常)	就労移行支援 (あはき)	就労継続支援 (A型)	就労継続支援 (B型)
	サービス単位	有	無				
	主たる事業所	○		○			○
従たる事業所							○

実施する各事業において、従たる事業所を設置している場合は、従たる事業所の欄にも○を付ける

原則、無を選択

定員緩和措置の有無	無						
-----------	---	--	--	--	--	--	--

実施する各事業において、主たる事業所と従たる事業所のそれぞれの利用定員を記入

定員(人)	合計	生活介護※	自立訓練 (機能訓練)	自立訓練 (生活訓練)	就労移行支援 (通常)	就労移行支援 (あはき)	就労継続支援 (A型)	就労継続支援 (B型)
	主たる事業所	30	10		6			14
	従たる事業所	10						10
合計	40	10			6			24