

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)

記入例



※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		サセボジギョウシヨ		受付番号
	名称		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		

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		サセボジギョウシヨ		
	名称		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		

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		サセボセイカツカイゴジギョウシヨ		
	名称		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		

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				

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				

管理者	フリガナ		サセボ ジロウ		(郵便番号 857 - 0042)	
	氏名		佐世保 二郎		住所 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		
		4未満	4以上5未満	5以上
前年度の平均実利用者数(人)	サービス単位1	8.5		
	サービス単位2			
	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