＜草津市障害者移動支援事業＞

事業所確認書

事業所名	
事業所代表者名	
事業所住所	
電話番号・FAX番号	TEL FAX
担当職員名	
障害福祉サービス居宅介護事業者番号	
実施する支援内容	【個別支援】 身体障害者（全身性障害者等） 視覚障害者 ・ 医療的ケアを必要とする者 知的障害者 ・ 重症心身障害者 ・ 強度行動障害者 精神障害者 障害児 ・ 重症心身障害児 ・ 医療的ケアを必要とする児童 【グループ支援】 身体障害者（全身性障害者等） 視覚障害者 ・ 医療的ケアを必要とする者 知的障害者 ・ 重症心身障害者 ・ 強度行動障害者 精神障害者 障害児 ・ 重症心身障害児 ・ 医療的ケアを必要とする児童
職員体制	
自動車による移動支援	実施する ・ 実施しない
自動車による移動支援を実施する場合の許可	道路運送法第　条第　項の許可を取得済み （※**許可証の写を添付してください**。）
営業日および営業時間	曜日～ 曜日（　時　分～　時　分 ） 休業日:
サービス提供日および提供時間	曜日～ 曜日（　時　分～　時　分 ／ 24時間　）
利用契約書の締結及び重要事項の説明	実施する ・ 実施できない
電話等簡易な方法での利用	対応する ・ 対応できない