

事業所確認書

記載例

事業所名	〇〇〇〇ヘルパーステーション
事業所代表者名	代表取締役 草津 太郎
事業所住所	草津市草津三丁目13番30号
電話番号・FAX番号	TEL 077-561-2363 FAX 077-561-2480
担当職員名	滋賀 花子
障害福祉サービス居宅介護事業者番号	1234567890
実施する支援内容	<p>【個別支援】</p> <p>身体障害者(全身性障害者等)</p> <p>視覚障害者 ・ 医療的ケアを必要とする者</p> <p>知的障害者 ・ 重症心身障害者</p> <p>・ 強度行動障害者</p> <p>精神障害者</p> <p>障害児 ・ 重症心身障害児</p> <p>・ 医療的ケアを必要とする児童</p>
	<p>【グループ支援】</p> <p>身体障害者(全身性障害者等)</p> <p>視覚障害者 ・ 医療的ケアを必要とする者</p> <p>知的障害者 ・ 重症心身障害者</p> <p>・ 強度行動障害者</p> <p>精神障害者</p> <p>障害児 ・ 重症心身障害児</p> <p>・ 医療的ケアを必要とする児童</p>
職員体制	配置人数や職種等がわかるように記載をお願いします。
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 〇〇 条第 〇〇 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	月曜日～土曜日(9時～18時) 休業日:日曜日、年末年始(12月28日～1月3日)
サービス提供日および提供時間	月曜日～日曜日(7時00分～22時00分) 休業日:特になし
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

該当するもの全てに○印をお願いします。

実施する場合は許可証の写しを必ず添付ください。

営業日は事務所の開業日、サービス提供日は実際にサービス提供が可能な日を記載ください。