＜草津市障害者移動支援事業＞

草津市障害者移動支援事業所確認書	
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
営業日および営業時間	営業日　月・火・水・木・金・土・日 営業時間　時　分 ～　時　分 ／ 24時間対応 休業日
サービス提供日および提供時間	提供日　月・火・水・木・金・土・日 提供時間　時　分 ～　時　分 ／ 24時間対応 休業日