

<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	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	〒525-8588 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	【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	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
営業日および営業時間	営業日 月・火・水・木・金・土・日
	営業時間 9時00分～18時00分 / 24時間対応
	休業日 土曜日、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	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 特になし

記載例

該当するもの全てに○印をお願いします。

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・時間を記載ください。