

付表1 移動支援事業所の登録に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号)				
連絡先	電話番号				FAX番号	
	フリガナ				(郵便番号)	
管理者	氏名				住所	
	居宅介護事業従業者等との兼務の有無					有 ・ 無
者	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				
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為又は条例等の条項					第 条第 項第 号	
サービス提供責任者	フリガナ				住所	(郵便番号)
	氏名					
従業者の職種・員数		居宅介護事業従業者		その他の従業者		
		専従	兼務	専従	兼務	
従業者数	常勤(人)					
	非常勤(人)					
常勤換算後の人数(人)						
基準上の必要人数(人)						
主な揭示事項						
営業日						
営業時間						
主たる対象者		特定なし・身体障害者(全身性障害者・視覚障害者)・知的障害者・障がい児・精神障害者				
利用料						
その他の費用						
通常の事業の実施地域						
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している・していない		
		苦情解決の窓口・担当者		窓口(連絡先)		担当者
		その他				
添付書類		定款・寄附行為及び登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、管理者及びサービス提供責任者の経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、その他の書類 (ただし、法第29条第1項に規定する指定障害福祉サービス事業者又は同法第30条第1項第2号に規定する基準該当事業者である場合は、当該指定及び当該登録に係る決定通知の写しを添付するだけでよいものとする。)				

- 注1 「受付番号」及び「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか別葉に記載した書類を添付してください。
- 3 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 4 出張所等がある場合は、付表11-2にも記載してください。また、従業者については、本様式中に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
- 5 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
- 6 「通常の事業の実施地域」欄には、市町村名を記載することとし、当該地域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付してください。

受付番号

事業所	フリガナ				
	名 称				
	所 在 地	(郵便番号)			
	連 絡 先	電 話 番 号		F A X 番 号	
主な揭示事項					
営 業 日					
営 業 時 間					
主 たる 対 象 者		特定なし・身体障害者（全身性障害者・視覚障害者）・知的障害者・障がい児・精神障害者			
利 用 料					
そ の 他 の 費 用					
通常の事業の実施地域					
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況	している・していない		
		苦情解決の窓口・担当者	窓口（連絡先）		担当者
		その他			
添 付 書 類		定款・寄附行為及び登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、管理者及びサービス提供責任者の経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況（貸借対照表・財産目録等）、設備・備品等一覧表、その他の書類 （ただし、法第29条第1項に規定する指定障害福祉サービス事業者又は同法第30条第1項第2号に規定する基準該当事業者である場合は、当該指定及び当該登録に係る決定通知の写しを添付するだけでよいものとする。）			

注1 「受付番号」欄には、記載しないでください。

注2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか別葉に記載した書類を添付してください。

注3 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。

注4 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

注5 「通常の事業の実施地域」欄には、市町村名を記載することとし、当該地域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付してください。