

事業所の概要【指定自立生活援助事業所】

1 事業所の概要（事前提出書類提出日の前月の概要）

法人名						
事業者番号						
事業所	名 称					
	住 所	TEL				
対象者		身体障害者 知的障害者 精神障害者 難病患者等 (いずれかに○をつける。)				
管理者氏名						
管理者の勤務形態		常勤専従 常勤兼務 (いずれかに○をつける。)				
兼務の場合（兼任先名）				職種		
サービス管理責任者氏名 " 勤務形態		常勤専従 常勤兼務 (いずれかに○をつける。)				
従業員	職種	勤務形態	常 勤		非 常 勤	
			専 従	兼 務	専 従	兼 務
	地域生活援員					
	その他の従業員					
サービス費区分		地域生活支援員1人あたりの利用者数 30人未満・30人以上				
前年度利用者数		人				

※ 兼務欄は、自立生活援助事業以外との兼務を行う職員について記入すること。

2 サービスの提供状況 ※事前提出書類提出日の前月分から過去1年分を記入

提供年月													
利用者数計													

(注) 利用者数は、自立支援給付費請求に係る実利用者数を記入すること。