

事業所の概要 【指定自立訓練(機能訓練・生活訓練)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 多機能型事業所・常勤兼務 (いずれかに○をつける。)			
従業者	勤務形態	常 勤		非 常 勤	
	職種	専 従	兼 務	専 従	兼 務
	看護職員				
	理学療法士				
	作業療法士				
	機能訓練指導員				
	歩行訓練士				
	生活支援員				
	訪問支援員				
	調理員				
その他の従業者					
利用定員		人			
前年度平均利用者数		人 (全利用者延数÷前年度の営業日数)			

※ 兼務欄は、自立訓練（生活訓練）事業以外との兼務を行う職員について記入すること。

※ 前年度平均利用者数は、小数点第2位以下を切り上げること。

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												
利用者延数計												
開所日数												
平均利用者数												

※利用者延数計÷開所日数＝平均利用者数

(注) 利用者数は、自立支援給付費請求に係る利用者数を記入すること。