

別記第1号様式の付表6-2
併せて通所による指定施設支援を提供する場合の記載事項

受付番号

| | | | | | | | | | | |
|-------------------------|-------------|--|----|------------|-------|--------|-----|---------|----|--|
| 施 設 | フリガナ 名 称 | | | | | | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 -) 県 郡・市 | | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | | FAX番号 | | | | | |
| 当該事業の実施について定めてある定款又は条例等 | | | | 第 条第 項第 号 | | | | | | |
| 従業者の職種・員数 | | 看護師 | | 職業指導員 | | 生活支援員 | | その他の従業者 | | |
| | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 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 | | | | | | | | | | |
| 入所定員 | | 人 | | | | | | | | |
| 利用料 | | | | | | | | | | |
| その他の費用 | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | |
| | | 苦情解決の措置概要 | | 窓口(連絡先) | | | 担当者 | | | |
| | | その他 | | | | | | | | |
| 協力医療機関 | | 名 称 | | | | 主な診療科名 | | | | |
| 添付書類 | | 別添のとおり(定款及び登記簿謄本又は条例等、運営規程、入所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、協力医療機関との契約内容がわかるもの) | | | | | | | | |

- 備考 1 「受付番号」欄及び「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又は別紙に記載してください。
 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 「その他の費用」欄には、入所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。

別記第1号様式の付表6-3

指定施設支援を提供する施設であって利用者が20人未満のもの(分場)を設置する場合の記載事項

(身体障害者入所授産施設
身体障害者通所授産施設)
※いずれかに○を付けてください。

| | |
|------|--|
| 受付番号 | |
|------|--|

| | | | | | | | |
|-------------------------|----------------|--|----|-----------|--------|---------|----|
| 施設 | フリガナ | | | | | | |
| | 名称 | | | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 -) 県 郡・市 | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | | FAX番号 | | |
| 当該事業の実施について定めてある定款又は条例等 | | | | 第 条第 項第 号 | | | |
| 従業者の職種・員数 | | 職業指導員 | | 生活支援員 | | その他の従業者 | |
| | | 専従 | 兼務 | 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) | | | | | | | |
| 設備基準上の数値記載項目等 | | | | 基準上の必要値 | | | |
| 居室 | 1室の最大定員 | 人 | | 人以下 | | | |
| | 入所者1人当たりの最小床面積 | ㎡ | | ㎡ | | | |
| 作業室 (作業場) | 1人当たりの床面積 | ㎡ | | ㎡ | | | |
| 廊下 | 廊下の幅 | m | | m | | | |
| 主な掲示事項 | | | | | | | |
| 入所定員 | | 人 | | | | | |
| 利用料 | | | | | | | |
| その他の費用 | | | | | | | |
| 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 | | | | | |
| | 苦情解決の措置概要 | 窓口(連絡先) | | 担当者 | | | |
| | その他 | | | | | | |
| 協力医療機関 | | 名称 | | | 主な診療科名 | | |
| 添付書類 | | 別添のとおり(定款及び登記簿謄本又は条例等、運営規程、入所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、協力医療機関との契約内容がわかるもの) | | | | | |

- 備考 1 「受付番号」欄及び「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又は別紙に記載してください。
 3 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
 4 「その他の費用」欄には、入所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。