

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

( 知的障害者入所授産施設 )  
 ( 知的障害者通所授産施設 )

受付番号

※いずれかに○を付してください。

施設	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号 ー ) 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		保健師又は看護師		生活支援員		作業指導員		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)										
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	m <sup>2</sup>		m <sup>2</sup>						
廊下	廊下の幅	m		m						
	中廊下の幅	m		m						
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。