事業所情報（相談支援・地域移行支援・地域定着支援）

１　利用対象者：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。）

２　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 | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | |
| 従業者の員数 | | 勤務形態  職種 | | | 常　　勤 | | | | | 非　　常　　勤 | | |
| 専　従 | | | 兼　務 | | 専　従 | | 兼　務 |
| 相談支援専門員 | | | 人 | | | 人 | | 人 | | 人 |
| 地域移行支援従事者 | | | 人 | | | 人 | | 人 | | 人 |
| 地域定着支援従事者 | | | 人 | | | 人 | | 人 | | 人 |
| 前６ヶ月の  利用者数 | | 計画相談支援 | | | | | | | | | | |
| 月 | 月 | 月 | | 月 | 月 | | 月 | | 合計 | 合計÷６ |
| 人 | 人 | 人 | | 人 | 人 | | 人 | | 人 | 人 |
| 障害児相談支援 | | | | | | | | | | |
| 月 | 月 | 月 | | 月 | 月 | | 月 | | 合計 | 合計÷６  月 |
| 人 | 人 | 人 | | 人 | 人 | | 人 | | 人 | 人  人 |
| 前６ヶ月の  相談支援専門員の数 | | 計画相談支援 | | | | | | | | | | |
| 月 | 月 | 月 | | 月 | 月 | | 月 | | 合計 | 合計÷６ |
| 人 | 人 | 人 | | 人 | 人 | | 人 | | 人 | 人 |
| 障害児相談支援 | | | | | | | | | | |
| 月 | 月 | 月 | | 月 | 月 | | 月 | | 合計 | 合計÷６  月 |
| 人 | 人 | 人 | | 人 | 人 | | 人 | | 人 | 人  人 |

※　兼務欄は、異なる事業との兼務を行う職員について記入すること。