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。