事業所情報（障害者支援施設）

１　利用対象者：身体障害者　知的障害者　精神障害者　障害児　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 |
|  施設長氏名 |  |
|  施設長の勤務形態 | 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 |  |
|  本体施設の定員 |  人 |

３　サービスの提供状況（直近の１２か月分）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 提供年月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 延べ利用者数 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 開所日数 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 平均利用者数 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　※　延べ利用者数÷開所日数＝平均利用者数

※　利用者数は、給付費請求に係る実利用者数を記入すること。