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。