事業所情報（生活訓練・機能訓練）

１　対象者：　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 |  |
| サービス管理責任者氏名 | |  | | |
| 〃 　　　　　　勤務形態 | | 常勤専従・多機能型事業所常勤兼務（いずれかに〇をつける。） | | |

　※　兼務欄は、自立訓練事業以外との兼務を行う職員について記入すること。

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 | 生活訓練 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 機能訓練 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 開所日数 | 生活訓練 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 機能訓練 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 平均利用者数 | 生活訓練 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 機能訓練 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　※　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。