事業所情報（就労継続支援事業所B型）

１　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 |  |
| 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、就労継続支援（Ｂ型）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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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。