

事業所の概要 【指定宿泊型自立訓練】

1 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				
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。)				
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○をつける。)				
従業者	職種	勤務形態	常 勤		非 常 勤	
			専 従	兼 務	専 従	兼 務
	看護職員					
	理学療法士					
	作業療法士					
	機能訓練指導員					
	歩行訓練士					
	生活支援員					
	訪問支援員					
	調理員					
その他の従業者						
利用定員		人				
前年度平均利用者数		人 (全利用者延数÷前年度の営業日数)				

- ※ 兼務欄は、宿泊型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。
- ※ 前年度平均利用者数は、小数点第2位以下を切り上げること。

2 サービスの提供状況 ※事前提出書類提出日の前月分から過去1年分を記入

提供年月												
利用者延数計												
開所日数												
平均利用者数												

※利用者延数計÷開所日数＝平均利用者数

(注) 利用者数は、自立支援給付費請求に係る利用者数を記入すること。