

栗東市障害者移動支援事業所確認書

年 月 日

栗東市長 様

住 所

事業者名
(法人名)

代表者名
(電話

) 印

下記のとおり、障害者移動支援事業の実施を届け出ます。

事業所名																					
事業所代表者名																					
事業所郵便番号・住所																					
電話番号・FAX 番号																					
担当職員名																					
障害福祉サービス 居宅介護事業者番号																					
実施する支援内容	<p>実施する支援の欄に○を記入してください。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>種類</th> <th>個別支援</th> <th>グループ支援</th> <th>障がい児</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>身体障がい(全身)</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>身体障がい(視覚)</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>知的障がい</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>精神障がい</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> </tbody> </table>	種類	個別支援	グループ支援	障がい児	身体障がい(全身)	()	()	()	身体障がい(視覚)	()	()	()	知的障がい	()	()	()	精神障がい	()	()	()
種類	個別支援	グループ支援	障がい児																		
身体障がい(全身)	()	()	()																		
身体障がい(視覚)	()	()	()																		
知的障がい	()	()	()																		
精神障がい	()	()	()																		
職員体制																					
自動車による移動支援	実施する ・ 実施しない																				
自動車による移動支援 を実施する場合の許可	道路運送法第 条第 項の許可を取得済み (※許可証の写しを添付して下さい。)																				
受付時間																					
休業日																					
利用契約書の締結及び 重要事項の説明	実施する ・ 実施できない																				
電話等簡易な方法 での利用申込み	対応する ・ 対応できない																				

※利用者への周知及びHPへの掲載を希望しない【 】