

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																					
受付時間																					
休業日																					

※利用者への周知及びHPへの掲載を希望しない【 】