

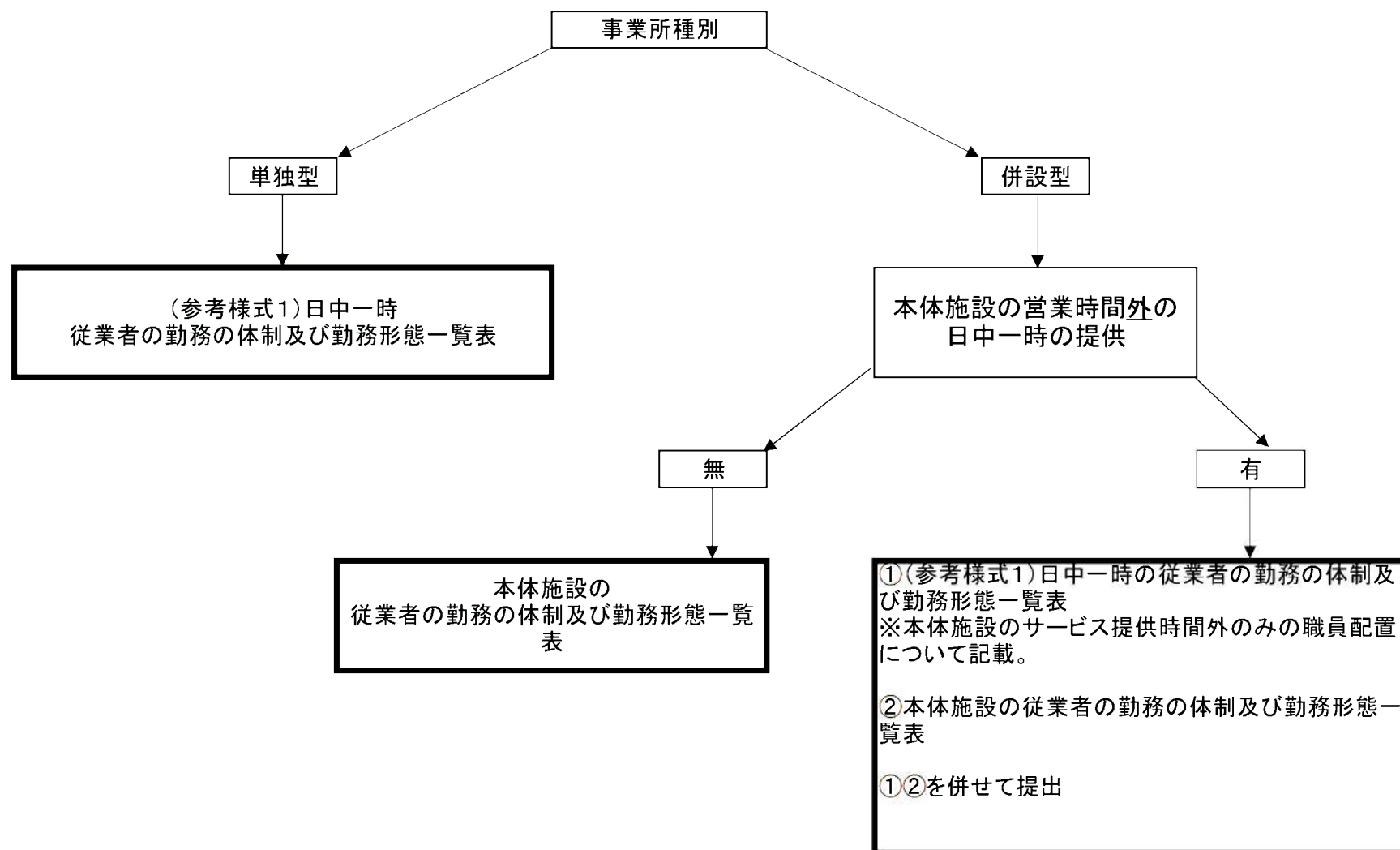
付表 日中一時支援事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ										
	名称										
	所在地		郵便番号								
	連絡先		電話番号			FAX番号					
管理者	フリガナ					住所		郵便番号			
	氏名										
本体施設	名称										
	サービス種別										
	定員(日中一時含まない)		人								
	営業日										
	休業日										
	営業時間	平日									
		土曜									
日曜											
学校休業日											
日中一時支援事業所	事業所種別										
	利用定員	本体施設の営業時間内		人							
		本体施設の営業時間外		人							
	営業日										
	休業日										
	営業時間	平日									
		土曜									
		日曜									
		学校休業日									
	主たる対象者	身体	知的	精神	難病	障害児					備考
						3歳未満	3~5歳	小学生	中学生	高校生	
	利用料										
	その他の費用										
送迎の有無					送迎の実施地域						
苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)			担当者						
嘱託医・協力医療機関		名称			主な診療科名						

(備考)

- 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 2 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 3 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

※提出する勤務形態一覧表の様式についてご確認ください。







(参考様式2) 日中一時

## 組織体系図

事業所名 \_\_\_\_\_

管理者		支援員			
氏名		No.	氏名	勤務形態	本体との兼務
勤務形態		1			
本体との兼務		2			
		3			
		4			
		5			
		6			
		7			
		8			
		9			
		10			
		11			
		12			
		13			
		14			
		15			
		16			
		17			
		18			
		19			
		20			





(参考様式5)

日中一時支援の主たる対象者を特定する理由等

事業所名	
------	--

1 申請に係る日中一時支援の主たる対象者 ※該当するものを○で囲むこと。

身体	知的	精神	難病	障害児				
				3歳未満	3~5歳	小学生	中学生	高校生

2 主たる対象者を1のとおり特定する理由

3 今後における主たる対象者の拡充の予定

(1) 拡充予定の有無

あり ・ なし

(2) 拡充予定の内容及び予定時期

(3) 拡充のための方策



(参考様式6)

利用者(入所者)又はその家族からの苦情を解決するために講ずる措置の概要

事業所又は施設名	
----------	--

措置の概要
-------

1 利用者(入所者)又はその家族からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口(連絡先)、担当
--

2 円滑かつ迅速に苦情を解決するための処理体制・手順
----------------------------

※具体的な対応方針

3 その他参考事項
-----------

備考 上の事項は例示であるので、これにかかわらず適宜項目を追加し、その内容について具体的に記載してください。