付表22 保育所等訪問支援事業所の指定に係る記載事項

受付番号	

事業所	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 県　　郡・市			
	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				
	当該事業所の他の職務又は同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合記入）	事業所等の名称			
		兼務する職種及び勤務時間等			
当該支援の実施について定めてある定款又は条例等			第　条第　項第　号		
児童発達支援管理責任者	フリガナ		住　所	（郵便番号　　－　　）	
	氏　名				

従業者の職種・員数		訪問支援員		児童発達支援管理責任者	
		専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤（人）				
	非常勤（人）				
備　考					
基準上の必要人数（人）					

設備	専用の区画	有　・　無

主な掲示事項					
営業日					
営業時間	サービス提供時間				
利用料					
その他の費用					
通常の事業の実施地域					
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況		している　・　していない		
	苦情解決の措置概要	窓口（連絡先）		担当者	
	その他				
多機能型実施の有無	有　・　無				
添付書類	別添のとおり（定款及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、障害児等からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況（貸借対照表・財産目録等）、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの） 利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規他参考になるもの　障害児通所給付費の請求に関する事項				

（備考）

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
2. 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。
3. 「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。
4. 「その他の費用」欄には、保護者等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。