

(別紙)

障害児通所支援事業者及び障害児入所施設等の実地指導に係る事前提出資料

(令和 年 月 日現在)  
(記入者職氏名)

1 事業所について

指定通所支援等の種類	(定員 名)		
	(定員 名)		
	(定員 名)		
指定事業所番号		指定年月日	平成・令和 年 月 日
事業所等の名称			
事業所等所在地	〒		
連絡先	TEL	FAX	
メールアドレス	@		
営業日			
営業時間			

2 管理者について

氏名			
他の職種との兼務	有 無	兼務している場合の その職種	
他の施設等との兼務	有 無	兼務している場合の他の 施設等の名称とその職種	

3 障がい者虐待防止・権利擁護研修について

宮崎県が行う研修の 受講年月日(直近)	令和 年 月 日		
研修参加者	職	氏名	
事業所内研修日	令和 年度	令和 年 月 日	
	令和 年度	令和 年 月 日	

4-1 貴事業所において想定される非常災害(火災・自然災害)と非常災害に関する具体的計画の策定状況

(児童発達支援・放課後等デイサービス・障害児入所施設の場合)

想定される非常災害			
非常災害に関する 具体的計画の策定状況	策定の有無	有 無	
	計画策定日	平成・令和 年 月 日	

4-2 水害・土砂災害・津波の避難確保計画の策定状況

貴事業所が要配慮者利用施設として市町村地域防災計画に規定されているか。	規定されている	規定されていない
(規定されている場合) 避難確保計画を市町村に報告した日	平成・令和	年 月 日

4-3 避難訓練実施日について

令和 年度	令和 年度(予定も含む。)
令和 年 月 日	令和 年 月 日
令和 年 月 日	令和 年 月 日
令和 年 月 日	令和 年 月 日
令和 年 月 日	令和 年 月 日

5 児童発達支援管理責任者について

氏名			
他の職種との兼務	有 無	兼務している場合の その職種	
他の施設等との兼務	有 無	兼務している場合の他の 施設等の名称とその職種	

6 利用者について(令和 年 月分)

複数のサービスを提供している場合は、サービスごとに作成してください。

※事業所独自の既存資料がある場合は省略可(代替資料を添付してください。)

サービス名

	利用者の 氏名	利用した 時間(日)数	給付費 請求額	本人 負担額	その他の 利用料	新規 (※2)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						

※1) 直近の月の状況について記入してください。

※2) 直近2年間の新規利用者に○をつけてください。

サービス名

	利用者の 氏名	利用した 時間(日)数	給付費 請求額	本人 負担額	その他の 利用料	新規 (※2)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						

※1) 直近の月の状況について記入してください。

※2) 直近2年間の新規利用者に○をつけてください。