

移動支援事業者 調査書

| | | | | | |
|--------------------------|-----------------|------------------|--|-------|----------------------------|
| 事業所 | フリガナ | | | | |
| | 名称 | | | | |
| | 所在地 | (〒 -) | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | | FAX番号 |
| | | メールアドレス | | | |
| 管理者 | フリガナ | | | 住所 | (〒 -) |
| | 氏名 | | | | |
| | 居宅介護従業者等との兼務の有無 | | | 有 ・ 無 | |
| 当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等 | | | | | 第 条 第 項 第 号 |
| 移動支援サービス提供責任者 | フリガナ | | | 住所 | (〒 -) |
| | 氏名 | | | | |
| | 居宅介護従業者等との兼務の有無 | | | 有 ・ 無 | |

| 従業者の職種・員数 | | 移動支援事業従業者 | | ※ ここにいう従業者とは、 世田谷区移動支援 事業に従事できる者とする。 |
|-----------|--------|-----------|----|--|
| | | 専従 | 兼務 | |
| 従業者数 | 常勤(人) | | | |
| | 非常勤(人) | | | |

| | | | | | | |
|---|--|---|---------------------------------|---|--------------------------------|---|
| 主な事業者情報 | | | | | | |
| 営業日 | | | | | | |
| 営業時間 | | | | | | |
| サービス対応可能障害者 | <input type="checkbox"/> 視覚障害者 | | <input type="checkbox"/> 全身性障害者 | | <input type="checkbox"/> 知的障害者 | |
| | <input type="checkbox"/> 障害児 | | <input type="checkbox"/> 精神障害者 | | | |
| 通学におけるサービス提供 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 | | | | | | |
| 世田谷区移動支援事業に従事できるヘルパー数(重複可) | 視覚障害者に対する移動支援に従事できるヘルパー | 名 | 全身性障害者に対する移動支援に従事できるヘルパー | 名 | 知的障害者に対する移動支援に従事できるヘルパー | 名 |
| | 障害児に対する移動支援に従事できるヘルパー | 名 | 精神障害者に対する移動支援に従事できるヘルパー | 名 | | |
| サービス提供可能時間帯 | <input type="checkbox"/> 24時間サービス提供可能 <input type="checkbox"/> 場合によっては、24時間サービス提供可能 ※サービス提供が可能な場合の条件等 <div style="font-size: 2em; margin: 5px 0;">[</div> <input type="checkbox"/> 時～ 時の間 <div style="float: right; font-size: 2em;">]</div> | | | | | |
| 利用料 | | | | | | |
| その他の費用 | | | | | | |
| 通常の事業の実施地域 | | | | | | |

(備考)

1. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載してください。
2. 「主な事業者情報」については、簡潔に記入してください。
3. 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。

○世田谷区の移動支援事業に対するご意見を、ご自由にお書きください。