

サービス種別(申請するものに○)		就労継続支援A型		就労継続支援B型 ○	
事業所	フリガナ	ワークセンターニイガタ			
	名称	ワークセンターにいがた			
	所在地	(郵便番号 950 - 0000) 新潟県新潟市中央区新光町〇〇-〇〇			
	電話番号	025-285-0000			
	E-Mail	〇〇〇@△△△.com			
管理者	フリガナ	ニイガタ タロウ	生年月日	1900 年 0 月 0 日	
	氏名	新潟 太郎			
	住所	(郵便番号 950 - 0) 新潟 県 新潟 市 西区△△1-1-1			
		当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)		生活支援員	
	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			
サービス責任者管理	フリガナ	エチゴ イチコ	生年月日	1900 年 0 月 0 日	
	氏名	越後 一子			
	住所	(郵便番号 950 - 0000) 新潟県新潟市江南区〇〇1-1-1			
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等					
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項					
利用定員(人)	20				
利用者の推定数(人)	18.0	← 新設の場合は利用者の推定数とし、利用定員の90%とすること(小数第1位まで記入)			
利用料	障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第29条第3項に規定する厚生労働大臣が定める費用の額				
その他の費用	食費の提供に要する費用：450円(うち食材料費300円)、その他日常生活費：実費				
通常の事業の実施地域	〇〇市全域				
協力医療機関	名称	にいがた医院	診療科名	内科・外科	
○一体的に実施する従たる事業所の指定等に係る記載事項					
事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号) 具体的に記載			
	電話番号	一体的に実施する従たる事業所がある場合は、記載すること			
	E-Mail				
サービス責任者管理	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏名				
	住所	(郵便番号 -)			
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等 第 条 第 項 第 号					
利用定員(人)					
利用者の推定数(人)					
利用料					
その他の費用					
通常の事業の実施地域					
協力医療機関	名称		診療科名		

(備考)

1. 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。
2. 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。
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も記載してください。
4. 「診療科名」欄には、主な診療科名1つを記載してください。