

記入例

付表16 児童発達支援事業所及び放課後等デイサービス事業所の指定等に係る記載事項

サービス種別(申請する種別に○)		児童発達支援		放課後等デイサービス				
児童発達支援センターに該当するか (該当する場合は、○)								
事業所	フリガナ	ホウカゴトウデイサービス ニイガタ		運営規程で定める名称・所在地と一致させること				
	名称	放課後等デイサービス にいがた						
	所在地	(郵便番号 950 - 0000) 新潟県 新潟市 中央区□□町○○番地△△						
	電話番号	025-280-○○○○						
	E-Mail	○○○@△△△.ne.jp						
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 - 0000) 新潟県 新潟市 中央区新光町○○番地○○						
	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						
児童発達支援管理責任者	フリガナ	ケンチョウ ハナコ		生年月日	1900 年 0 月 0 日			
	氏名	県庁 花子						
	住所	(郵便番号 950 - 0000) 新潟県 新潟市 中央区□□町○○番地△△						
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				
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項								
利用定員(人)	10		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(少数第1位まで記入)					
利用者の推定数(人)	9 ←							
営業日(該当する日に○)	日	月	火	水	木	金	土	祝
		○	○	○	○	○	○	
営業時間	その他(年末年始等)							
	平日	9	:	00	~	17	:	00
	土曜	9	:	00	~	17	:	00
送迎の有無	有	○	無				運営規程と内容を一致させること	
利用料	児童福祉法第21条の5の3第2項に規定する内閣総理大臣が定める費用の額							
その他の費用	おやつ代100円							
通常の実施地域	○○市全域							
協力医療機関	名称	○○小児科医院		主な診療科名	小児科			