

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。