

指定短期入所事業所 事前提出書類（事前に提出）

対象者 身体障害者 知的障害者 精神障害者 障害児 難病患者等 （いずれかに○をつける。）

1 事業所の概要（事前提出書類提出日の前月の概要）

法人名									
事業者番号									
事業所	名称								
	住所	TEL							
管理者氏名									
管理者の勤務形態		常勤専従 常勤兼務 （いずれかに○をつける。）							
兼務の場合（兼任先名）						職種			
短期入所事業の形態		空床型 併設型 単独型 （いずれかに○をつける。）							
本体施設の名称・定員		名称				定員	人		
従業者		勤務形態		常 勤		非 常 勤			
				専 従	兼 務	専 従	兼 務		
		職種							
		生活支援員							
		その他の従業者							
利用定員		人							

※ 兼務欄は、短期入所事業以外との兼務を行う職員について記入すること。

2 サービスの提供状況 ※事前提出書類提出日の前月分から過去1年分を記入

提供年月												
利用者数計												
延利用者数計												

(注) 利用者数は、自立支援給付費請求に係る利用者数を記入すること。