様式１

年　　月　　日

（宛先）安城市自立支援協議会

日中サービス支援型共同生活援助事業所に係る評価等依頼書

　次のとおり日中サービス支援型共同生活援助事業を運営していますので、評価、要望、助言等をお願いします。

（　　　　年　　月　　日現在）

|  |
| --- |
| □開設前　　□開設後 |
| 申請者 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 法人名 |  |
| 住所 |  |
| 電話 |  |
| 電子メール |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 代表者氏名 |  |
| 事業所の状況 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 事業開始日(予定) | 年　　　　月　　　　日 |
| 定員数 | 共同生活援助の定員数　　　　　　　　　　　　　人（男女別内訳等　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）短期入所の定員数　　　　　　　　　　　　　　　人 |
| 人員配置 | 世話人 | 日中 | 　 　　　　　　　　　　人 |
| 日中の常勤換算後 | 　 　　　　　　　　　　人 |
| 夜間 | 　 　　　　　　　　　　人 |
| 夜間の常勤換算後 | 　 　　　　　　　　　　人 |
| 生活支援員 | 日中 | 　 　　　　　　　　　　人 |
| 日中の常勤換算後 | 　 　　　　　　　　　　人 |
| 夜間 | 　 　　　　　　　　　　人 |
| 夜間の常勤換算後 | 　 　　　　　　　　　　人 |
| 利用者の内訳 |
|  | 区分なし | 区分１ | 区分２ | 区分３ | 区分４ | 区分５ | 区分６ |
| 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 職員の内の有資格者等 | 社会福祉士 | 　 　　　　　　　　　　人 |
| 介護福祉士 | 　 　　　　　　　　　　人 |
| 強度行動障害支援者養成研修（基礎）修了者数 | 　 　　　　　　　　　　人 |
| 喀痰吸引等研修等修了者数 | 　 　　　　　　　　　　人 |
|  | 　 　　　　　　　　　　人 |
|  | 　 　　　　　　　　　　人 |
|  | 　 　　　　　　　　　　人 |

添付書類

　・評価シート

・地域連携推進会議の記録（開所前は除く）

　・（開設前のみ）運営規定案、平面図、法人紹介資料