

本様式は令和6年11月6日付でお送りしております、『杉並区障害福祉サービス等検索システムに関する事業者情報調査へのご協力のお願い（依頼）（文書番号：6杉並第44515号）』に同封しております、『事業者基本情報確認シート（調査票）』の補記様式です。

お送りしている調査票に書ききれない場合は、こちらの様式に補記頂き、委託事業者宛にFAX送付願います。なお、**FAXでお送りになる際は、郵送された調査票も必ず一緒にお送りください。**

回答先FAX：050-3156-0673（専用回線）

※ご返信のFAX番号は、（050）を忘れずに付けてお掛け下さい。

【トータル情報センター直通】03-5657-3203

サービス毎に内容が違いますのでご注意ください。

シート一覧

様式2011（居宅介護）

様式2012（重度訪問介護）

様式2013（行動援護）

様式2015（同行援護）

様式2022（生活介護）

様式2024（短期入所）

様式2032（施設入所支援）

様式2033（共同生活援助）

様式2035（自立生活援助）

様式2041（自立訓練（機能訓練））

様式2042（自立訓練（生活訓練））

様式2043（就労移行支援）

様式2045（就労継続支援A型）

様式2046（就労継続支援B型）

様式2047（就労定着支援）

様式2052（計画相談支援）

様式2053（地域移行支援）

様式2054（地域定着支援）

様式2055（障害児相談支援）

様式2061（児童発達支援）

様式2063（放課後等デイサービス）

様式2064（保育所等訪問支援）

様式2065（居宅訪問型児童発達支援）

様式2090（移動支援）

様式8002（日帰りショート）

様式8003（地域活動支援センター）

検索システム調査票・営業情報補記シート

調査回答先：トータックアメニティ株式会社（杉並区委託事業者）

★回答先FAX：050-3156-0673（専用回線）

区からお送りしました基本情報が記載されている検索システム調査票と合わせて、FAXで送信してください。

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2011：居宅介護
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
事業所紹介	事業所の特色や事業内容の概要などを記載してください	
事業所営業日	受付ができる事業所の営業日を記載してください	
事業所営業時間	受付ができる事業所の営業時間を記載してください	
サービス提供日	サービスが利用できるサービス提供日を記載してください	
サービス提供時間	サービスが利用できるサービス提供時間を記載してください <例>「学校のある平日は●時～●時 学校のない土曜・長期休暇は、●時～●時」など	
対象としている障害種別	対象としている障害種別など、該当する項目はすべて選択してください ※放課後デイサービス・移動支援事業など障害児を対象にしている場合は、障害種別に加えて「障害児」を選択してください。 <例> 「障害児、身体、知的」「重度心身障害児、障害児、身体、知的、医療的ケア」	

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2011：居宅介護
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
対象障害についての特記事項	対象とする障害種別だけでは対象が伝わりにくい場合、より詳細に記載することができません <例>「重度の知的障害者」「精神障害のある方が中心」など	
医療的ケア対応	対象としている障害種別で「医療的ケア」を選択した場合、より詳しく記載することができます <例>「胃ろう」、「喀痰吸引」対応の方が通っています。」など	
併設サービス	事業所において他の障害福祉サービス等(移動支援事業・日帰りショートを含む)を提供している場合、そのサービス名を記載してください <例>「移動支援」など	
サービス提供地域	サービスを提供できる地域を記載してください <例>「杉並区及び近隣区」「主に中央線より北側の地域。詳細はお問合せください。」など	
登録ヘルパー数	登録ヘルパーの人数を、常勤・非常勤別、男女別に記載してください。 <例>「常勤2人 非常勤10人 男女別 男6人 女6人 令和6年11月1日時点」など	

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2011：居宅介護
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
サービス内容	サービス内容を具体的に、記載してください <例>「身体介護を伴う食事介助、排せつ介助、通院介助等の支援を行います。」「平日は、●時～集会をしています。土曜・長期休暇は、●●等のプログラムを実施しています。」など	
地域生活支援拠点等の機能	地域生活支援拠点等に係る各種加算がある場合は、「あり」と記載してください	
介護保険サービスの提供	介護保険サービスの提供がある場合、そのサービス名を記載してください <例>「訪問介護」「訪問看護」など	
利用者負担金 (法定負担額以外)	法定負担額以外に利用者が負担する経費がありましたら、記載してください <例>「光熱水費実費」「昼食●●円」「家賃●●円※家賃補助事業あり」など	
事業所からのお知らせ	事業所の特徴やPR、見学の方法、サービスについての補足など、利用者に向けた事業所からのメッセージを自由に記載してください。 <例>「見学は随時受け付けていますので、営業時間にお電話で申し込んでください」など	

検索システム調査票・営業情報補記シート

調査回答先：トータックアメニティ株式会社（杉並区委託事業者）

★回答先FAX：050-3156-0673（専用回線）

区からお送りしました基本情報が記載されている検索システム調査票と合わせて、FAXで送信してください。

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2012：重度訪問介護
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
事業所紹介	事業所の特色や事業内容の概要などを記載してください	
事業所営業日	受付ができる事業所の営業日を記載してください	
事業所営業時間	受付ができる事業所の営業時間を記載してください	
サービス提供日	サービスが利用できるサービス提供日を記載してください	
サービス提供時間	サービスが利用できるサービス提供時間を記載してください <例>「学校のある平日は●時～●時 学校のない土曜・長期休暇は、●時～●時」など	
対象としている障害種別	対象としている障害種別など、該当する項目はすべて選択してください ※放課後デイサービス・移動支援事業など障害児を対象にしている場合は、障害種別に加えて「障害児」を選択してください。 <例> 「障害児、身体、知的」「重度心身障害児、障害児、身体、知的、医療的ケア」	

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2012：重度訪問介護
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
対象障害についての特記事項	対象とする障害種別だけでは対象が伝わりにくい場合、より詳細に記載することができません <例>「重度の知的障害者」「精神障害のある方が中心」など	
医療的ケア対応	対象としている障害種別で「医療的ケア」を選択した場合、より詳しく記載することができます <例>「胃ろう」、「喀痰吸引」対応の方が通っています。」など	
併設サービス	事業所において他の障害福祉サービス等(移動支援事業・日帰りショートを含む)を提供している場合、そのサービス名を記載してください <例>「移動支援」など	
サービス提供地域	サービスを提供できる地域を記載してください <例>「杉並区及び近隣区」「主に中央線より北側の地域。詳細はお問合せください。」など	
登録ヘルパー数	登録ヘルパーの人数を、常勤・非常勤別、男女別に記載してください。 <例>「常勤2人 非常勤10人 男女別 男6人 女6人 令和6年11月1日時点」など	

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2012：重度訪問介護
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
サービス内容	サービス内容を具体的に、記載してください <例>「身体介護を伴う食事介助、排せつ介助、通院介助等の支援を行います。」「平日は、●時～集会をしています。土曜・長期休暇は、●●等のプログラムを実施しています。」など	
地域生活支援拠点等の機能	地域生活支援拠点等に係る各種加算がある場合は、「あり」と記載してください	
利用者負担金（法定負担額以外）	法定負担額以外に利用者が負担する経費がありましたら、記載してください <例>「光熱水費実費」「昼食●●円」「家賃●●円※家賃補助事業あり」など	
事業所からのお知らせ	事業所の特徴やPR、見学の方法、サービスについての補足など、利用者に向けた事業所からのメッセージを自由に記載してください。 <例>「見学は随時受け付けていますので、営業時間にお電話で申し込んでください」など	

検索システム調査票・営業情報補記シート

調査回答先：トータックアメニティ株式会社（杉並区委託事業者）

★回答先FAX：050-3156-0673（専用回線）

区からお送りしました基本情報が記載されている検索システム調査票と合わせて、FAXで送信してください。

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2013：行動援護
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
事業所紹介	事業所の特色や事業内容の概要などを記載してください	
事業所営業日	受付ができる事業所の営業日を記載してください	
事業所営業時間	受付ができる事業所の営業時間を記載してください	
サービス提供日	サービスが利用できるサービス提供日を記載してください	
サービス提供時間	サービスが利用できるサービス提供時間を記載してください <例>「学校のある平日は●時～●時 学校のない土曜・長期休暇は、●時～●時」など	
対象としている障害種別	対象としている障害種別など、該当する項目はすべて選択してください ※放課後デイサービス・移動支援事業など障害児を対象にしている場合は、障害種別に加えて「障害児」を選択してください。 <例> 「障害児、身体、知的」「重度心身障害児、障害児、身体、知的、医療的ケア」	

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2013：行動援護
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
対象障害についての特記事項	対象とする障害種別だけでは対象が伝わりにくい場合、より詳細に記載することができません <例>「重度の知的障害者」「精神障害のある方が中心」など	
医療的ケア対応	対象としている障害種別で「医療的ケア」を選択した場合、より詳しく記載することができます <例>「胃ろう」、「喀痰吸引」対応の方が通っています。」など	
併設サービス	事業所において他の障害福祉サービス等(移動支援事業・日帰りショートを含む)を提供している場合、そのサービス名を記載してください <例>「移動支援」など	
サービス提供地域	サービスを提供できる地域を記載してください <例>「杉並区及び近隣区」「主に中央線より北側の地域。詳細はお問合せください。」など	
登録ヘルパー数	登録ヘルパーの人数を、常勤・非常勤別、男女別に記載してください。 <例>「常勤2人 非常勤10人 男女別 男6人 女6人 令和6年11月1日時点」など	

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2013：行動援護
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
サービス内容	サービス内容を具体的に、記載してください <例>「身体介護を伴う食事介助、排せつ介助、通院介助等の支援を行います。」「平日は、●時～集会をしています。土曜・長期休暇は、●●等のプログラムを実施しています。」など	
地域生活支援拠点等の機能	地域生活支援拠点等に係る各種加算がある場合は、「あり」と記載してください	
利用者負担金（法定負担額以外）	法定負担額以外に利用者が負担する経費がありましたら、記載してください <例>「光熱水費実費」「昼食●●円」「家賃●●円※家賃補助事業あり」など	
事業所からのお知らせ	事業所の特徴やPR、見学の方法、サービスについての補足など、利用者に向けた事業所からのメッセージを自由に記載してください。 <例>「見学は随時受け付けていますので、営業時間にお電話で申し込んでください」など	

検索システム調査票・営業情報補記シート

調査回答先：トータックアメニティ株式会社（杉並区委託事業者）

★回答先FAX：050-3156-0673（専用回線）

区からお送りしました基本情報が記載されている検索システム調査票と合わせて、FAXで送信してください。

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2015：同行援護
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
事業所紹介	事業所の特色や事業内容の概要などを記載してください	
事業所営業日	受付ができる事業所の営業日を記載してください	
事業所営業時間	受付ができる事業所の営業時間を記載してください	
サービス提供日	サービスが利用できるサービス提供日を記載してください	
サービス提供時間	サービスが利用できるサービス提供時間を記載してください <例>「学校のある平日は●時～●時 学校のない土曜・長期休暇は、●時～●時」など	
対象としている障害種別	対象としている障害種別など、該当する項目はすべて選択してください ※放課後デイサービス・移動支援事業など障害児を対象にしている場合は、障害種別に加えて「障害児」を選択してください。 <例> 「障害児、身体、知的」「重度心身障害児、障害児、身体、知的、医療的ケア」	

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2015：同行援護
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
対象障害についての 特記事項	対象とする障害種別だけでは対象が伝わりにくい場合、より詳細に記載することができません <例>「重度の知的障害者」「精神障害のある方が中心」など	
医療的ケア対応	対象としている障害種別で「医療的ケア」を選択した場合、より詳しく記載することができます <例>「胃ろう」、「喀痰吸引」対応の方が通っています。」など	
併設サービス	事業所において他の障害福祉サービス等(移動支援事業・日帰りショートを含む)を提供している場合、そのサービス名を記載してください <例>「移動支援」など	
サービス提供地域	サービスを提供できる地域を記載してください <例>「杉並区及び近隣区」「主に中央線より北側の地域。詳細はお問合せください。」など	
登録ヘルパー数	登録ヘルパーの人数を、常勤・非常勤別、男女別に記載してください。 <例>「常勤2人 非常勤10人 男女別 男6人 女6人 令和6年11月1日時点」など	

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2015：同行援護
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
サービス内容	サービス内容を具体的に、記載してください <例>「身体介護を伴う食事介助、排せつ介助、通院介助等の支援を行います。」「平日は、●時～集会をしています。土曜・長期休暇は、●●等のプログラムを実施しています。」など	
地域生活支援拠点等の機能	地域生活支援拠点等に係る各種加算がある場合は、「あり」と記載してください	
利用者負担金（法定負担額以外）	法定負担額以外に利用者が負担する経費がありましたら、記載してください <例>「光熱水費実費」「昼食●●円」「家賃●●円※家賃補助事業あり」など	
事業所からのお知らせ	事業所の特徴やPR、見学の方法、サービスについての補足など、利用者に向けた事業所からのメッセージを自由に記載してください。 <例>「見学は随時受け付けていますので、営業時間にお電話で申し込んでください」など	

検索システム調査票・営業情報補記シート

調査回答先：トータックアメニティ株式会社（杉並区委託事業者）

★回答先FAX：050-3156-0673（専用回線）

区からお送りしました基本情報が記載されている検索システム調査票と合わせて、FAXで送信してください。

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2022：生活介護
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
事業所紹介	事業所の特色や事業内容の概要などを記載してください	
事業所営業日	受付ができる事業所の営業日を記載してください	
事業所営業時間	受付ができる事業所の営業時間を記載してください	
サービス提供日	サービスが利用できるサービス提供日を記載してください	
サービス提供時間	サービスが利用できるサービス提供時間を記載してください <例>「学校のある平日は●時～●時 学校のない土曜・長期休暇は、●時～●時」など	
対象としている障害種別	対象としている障害種別など、該当する項目はすべて選択してください ※放課後デイサービス・移動支援事業など障害児を対象にしている場合は、障害種別に加えて「障害児」を選択してください。 <例> 「障害児、身体、知的」「重度心身障害児、障害児、身体、知的、医療的ケア」	

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2022：生活介護
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
対象障害についての特記事項	対象とする障害種別だけでは対象が伝わりにくい場合、より詳細に記載することができません <例>「重度の知的障害者」「精神障害のある方が中心」など	
医療的ケア対応	対象としている障害種別で「医療的ケア」を選択した場合、より詳しく記載することができます <例>「胃ろう」、「喀痰吸引」対応の方が通っています。」など	
併設サービス	事業所において他の障害福祉サービス等(移動支援事業・日帰りショートを含む)を提供している場合、そのサービス名を記載してください <例>「移動支援」など	
サービス提供地域	サービスを提供できる地域を記載してください <例>「杉並区及び近隣区」「主に中央線より北側の地域。詳細はお問合せください。」など	
定員	定員を記載してください	
交通機関（アクセス）	施設までのアクセス（交通手段・最寄駅、最寄駅からの所要時間等）を記載してください	
通所方法	送迎の有無などの施設への通所方法を記載してください <例>「送迎あり」「送迎なし」「自主通所」など	

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2022：生活介護
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
送迎範囲	送迎がある場合、送迎の範囲を記載してください <例>「区内全域を対象としていますが、主に中央線より北側の地域」「和泉・方南・堀ノ内。詳細はお問合せください。」など	
作業項目	作業内容を記載してください <例>「封入封かん作業」「創作的活動」など	
行事	行事内容を記載してください <例>「日帰り旅行」「各種季節の行事」など	
食事の提供	食事の提供の有無や提供方法を記載してください <例>「昼食提供あり」「きざみ、ペーストの対応あり」など	
地域生活支援拠点等の機能	地域生活支援拠点等に係る各種加算がある場合は、「あり」と記載してください	
介護保険サービスの提供	介護保険サービスの提供がある場合、そのサービス名を記載してください <例>「訪問介護」「訪問看護」など	
利用者負担金（法定負担額以外）	法定負担額以外に利用者が負担する経費がありましたら、記載してください <例>「光熱水費実費」「昼食●●円」「家賃●●円※家賃補助事業あり」など	

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2022：生活介護
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
事業所からのお知らせ	事業所の特徴やPR、見学の 方法、サービスについての補 足など、利用者に向けた事業 所からのメッセージを自由に記 載してください。＜例＞「見 学は随時受け付けていますの で、営業時間にお電話で申 し込んでください」など	

検索システム調査票・営業情報補記シート

調査回答先：トータックアメニティ株式会社（杉並区委託事業者）

★回答先FAX：050-3156-0673（専用回線）

区からお送りしました基本情報が記載されている検索システム調査票と合わせて、FAXで送信してください。

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2024：短期入所
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
事業所紹介	事業所の特色や事業内容の概要などを記載してください	
事業所営業日	受付ができる事業所の営業日を記載してください	
事業所営業時間	受付ができる事業所の営業時間を記載してください	
サービス提供日	サービスが利用できるサービス提供日を記載してください	
サービス提供時間	サービスが利用できるサービス提供時間を記載してください <例>「学校のある平日は●時～●時 学校のない土曜・長期休暇は、●時～●時」など	
対象としている障害種別	対象としている障害種別など、該当する項目はすべて選択してください ※放課後デイサービス・移動支援事業など障害児を対象にしている場合は、障害種別に加えて「障害児」を選択してください。 <例> 「障害児、身体、知的」「重度心身障害児、障害児、身体、知的、医療的ケア」	

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2024：短期入所
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
対象障害についての特記事項	対象とする障害種別だけでは対象が伝わりにくい場合、より詳細に記載することができます <例>「重度の知的障害者」「精神障害のある方が中心」など	
医療的ケア対応	対象としている障害種別で「医療的ケア」を選択した場合、より詳しく記載することができます <例>「胃ろう」、「喀痰吸引」対応の方が通っています。」など	
併設サービス	事業所において他の障害福祉サービス等(移動支援事業・日帰りショートを含む)を提供している場合、そのサービス名を記載してください <例>「移動支援」など	
サービス提供地域	サービスを提供できる地域を記載してください <例>「杉並区及び近隣区」「主に中央線より北側の地域。詳細はお問合せください。」など	
定員	定員を記載してください	
交通機関（アクセス）	施設までのアクセス（交通手段・最寄駅、最寄駅からの所要時間等）を記載してください	
通所方法	送迎の有無などの施設への通所方法を記載してください <例>「送迎あり」「送迎なし」「自主通所」など	

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2024：短期入所
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
サービス内容	サービス内容を具体的に、記載してください <例>「身体介護を伴う食事介助、排せつ介助、通院介助等の支援を行います。」「平日は、●時～集会をしています。土曜・長期休暇は、●●等のプログラムを実施しています。」など	
食事の提供	食事の提供の有無や提供方法を記載してください <例>「昼食提供あり」「きざみ、ペーストの対応あり」など	
看護体制	看護体制について記載の必要がある場合は、具体的に記載してください <例>「日中は●人、夜間●人の看護職を配置しています」など	
短期入所の形態	短期入所の形態（空床型・併設型・単独型）を記載してください	
地域生活支援拠点等の機能	地域生活支援拠点等に係る各種加算がある場合は、「あり」と記載してください	
介護保険サービスの提供	介護保険サービスの提供がある場合、そのサービス名を記載してください <例>「訪問介護」「訪問看護」など	
利用方法	サービスの利用にあたっての必要な手続きなどを記載してください <例>「初めての利用の方は、契約と面接が必要です。」など	

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2024：短期入所
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
予約方法	サービス利用にあたっての予約方法を記載してください <例>「区内在住の方は、ご利用日1か月前から電話で受付」など	
利用者負担金 (法定負担額以外)	法定負担額以外に利用者が負担する経費がありましたら、記載してください <例>「光熱水費実費」「昼食●●円」「家賃●●円※家賃補助事業あり」など	
事業所からのお知らせ	事業所の特徴やPR、見学の方法、サービスについての補足など、利用者に向けた事業所からのメッセージを自由に記載してください。 <例>「見学は随時受け付けていますので、営業時間にお電話で申し込んでください」など	

検索システム調査票・営業情報補記シート

調査回答先：トータックアメニティ株式会社（杉並区委託事業者）

★回答先FAX：050-3156-0673（専用回線）

区からお送りしました基本情報が記載されている検索システム調査票と合わせて、FAXで送信してください。

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2032：施設入所支援
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
事業所紹介	事業所の特色や事業内容の概要などを記載してください	
事業所営業日	受付ができる事業所の営業日を記載してください	
事業所営業時間	受付ができる事業所の営業時間を記載してください	
サービス提供日	サービスが利用できるサービス提供日を記載してください	
サービス提供時間	サービスが利用できるサービス提供時間を記載してください <例>「学校のある平日は●時～●時 学校のない土曜・長期休暇は、●時～●時」など	
対象としている障害種別	対象としている障害種別など、該当する項目はすべて選択してください ※放課後デイサービス・移動支援事業など障害児を対象にしている場合は、障害種別に加えて「障害児」を選択してください。 <例> 「障害児、身体、知的」「重度心身障害児、障害児、身体、知的、医療的ケア」	

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2032：施設入所支援
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
対象障害についての特記事項	対象とする障害種別だけでは対象が伝わりにくい場合、より詳細に記載することができません <例>「重度の知的障害者」「精神障害のある方が中心」など	
医療的ケア対応	対象としている障害種別で「医療的ケア」を選択した場合、より詳しく記載することができます <例>「胃ろう」、「喀痰吸引」対応の方が通っています。」など	
併設サービス	事業所において他の障害福祉サービス等(移動支援事業・日帰りショートを含む)を提供している場合、そのサービス名を記載してください <例>「移動支援」など	
サービス提供地域	サービスを提供できる地域を記載してください <例>「杉並区及び近隣区」「主に中央線より北側の地域。詳細はお問合せください。」など	
定員	定員を記載してください	
交通機関（アクセス）	施設までのアクセス（交通手段・最寄駅、最寄駅からの所要時間等）を記載してください	
通所方法	送迎の有無などの施設への通所方法を記載してください <例>「送迎あり」「送迎なし」「自主通所」など	

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2032：施設入所支援
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
サービス内容	サービス内容を具体的に、記載してください <例>「身体介護を伴う食事介助、排せつ介助、通院介助等の支援を行います。」「平日は、●時～集会をしています。土曜・長期休暇は、●●等のプログラムを実施しています。」など	
食事の提供	食事の提供の有無や提供方法を記載してください <例>「昼食提供あり」「きざみ、ペーストの対応あり」など	
看護体制	看護体制について記載の必要がある場合は、具体的に記載してください <例>「日中は●人、夜間●人の看護職を配置しています」など	
地域生活支援拠点等の機能	地域生活支援拠点等に係る各種加算がある場合は、「あり」と記載してください	
利用方法	サービスの利用にあたっての必要な手続きなどを記載してください <例>「初めての利用の方は、契約と面接が必要です。」など	
利用者負担金 (法定負担額以外)	法定負担額以外に利用者が負担する経費がありましたら、記載してください <例>「光熱水費実費」「昼食●●円」「家賃●●円※家賃補助事業あり」など	

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2032：施設入所支援
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
事業所からのお知らせ	事業所の特徴やPR、見学の 方法、サービスについての補 足など、利用者に向けた事業 所からのメッセージを自由に記 載してください。＜例＞「見 学は随時受け付けていますの で、営業時間にお電話で申 し込んでください」など	

検索システム調査票・営業情報補記シート

調査回答先：トータックアメニティ株式会社（杉並区委託事業者）

★回答先FAX：050-3156-0673（専用回線）

区からお送りしました基本情報が記載されている検索システム調査票と合わせて、FAXで送信してください。

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2033：共同生活援助
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
事業所紹介	事業所の特色や事業内容の概要などを記載してください	
事業所営業日	受付ができる事業所の営業日を記載してください	
事業所営業時間	受付ができる事業所の営業時間を記載してください	
対象としている障害種別	対象としている障害種別など、該当する項目はすべて選択してください ※放課後デイサービス・移動支援事業など障害児を対象にしている場合は、障害種別に加えて「障害児」を選択してください。＜例＞「障害児、身体、知的」「重度心身障害児、障害児、身体、知的、医療的ケア」	
対象障害についての特記事項	対象とする障害種別だけでは対象が伝わりにくい場合、より詳細に記載することができます ＜例＞「重度の知的障害者」「精神障害のある方が中心」など	
医療的ケア対応	対象としている障害種別で「医療的ケア」を選択した場合、より詳しく記載することができます ＜例＞「胃ろう」、「喀痰吸引」対応の方が通っています。」など	

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2033：共同生活援助
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
併設サービス	事業所において他の障害福祉サービス等(移動支援事業・日帰りショートを含む)を提供している場合、そのサービス名を記載してください <例>「移動支援」など	
定員	定員を記載してください	
交通機関（アクセス）	施設までのアクセス（交通手段・最寄駅、最寄駅からの所要時間等）を記載してください	
行事	行事内容を記載してください <例>「日帰り旅行」「各種季節の行事」など	
通過型・滞在型の種別	グループホームの種別(通過型・滞在型)を記載してください	
通過型の利用期限	通過型の場合、利用期限を記載してください <例>「最長で3年。1年ごとの更新」など	
日中支援型の実施	日中支援型の実施の有無を記載してください	
建物・設備についての紹介	グループホームの間取りやユニットの説明等を記載してください <例>「鉄筋コンクリート3階建て/浴室・トイレは共有」など	
利用方法	サービスの利用にあたっての必要な手続きなどを記載してください <例>「初めての利用の方は、契約と面接が必要です。」など	

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2033：共同生活援助
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
利用者負担金 (法定負担額以外)	法定負担額以外に利用者が負担する経費がありましたら、記載してください <例>「光熱水費実費」「昼食●●円」「家賃●●円※家賃補助事業あり」など	
事業所からのお知らせ	事業所の特徴やPR、見学の方法、サービスについての補足など、利用者に向けた事業所からのメッセージを自由に記載してください。 <例>「見学は随時受け付けていますので、営業時間にお電話で申し込んでください」など	

検索システム調査票・営業情報補記シート

調査回答先：トータックアメニティ株式会社（杉並区委託事業者）

★回答先FAX：050-3156-0673（専用回線）

区からお送りしました基本情報が記載されている検索システム調査票と合わせて、FAXで送信してください。

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2035：自立生活援助
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
事業所紹介	事業所の特色や事業内容の概要などを記載してください	
事業所営業日	受付ができる事業所の営業日を記載してください	
事業所営業時間	受付ができる事業所の営業時間を記載してください	
サービス提供日	サービスが利用できるサービス提供日を記載してください	
サービス提供時間	サービスが利用できるサービス提供時間を記載してください <例>「学校のある平日は●時～●時 学校のない土曜・長期休暇は、●時～●時」など	
対象としている障害種別	対象としている障害種別など、該当する項目はすべて選択してください ※放課後デイサービス・移動支援事業など障害児を対象にしている場合は、障害種別に加えて「障害児」を選択してください。 <例> 「障害児、身体、知的」「重度心身障害児、障害児、身体、知的、医療的ケア」	

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2035：自立生活援助
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
対象障害についての特記事項	対象とする障害種別だけでは対象が伝わりにくい場合、より詳細に記載することができません <例>「重度の知的障害者」「精神障害のある方が中心」など	
併設サービス	事業所において他の障害福祉サービス等(移動支援事業・日帰りショートを含む)を提供している場合、そのサービス名を記載してください <例>「移動支援」など	
サービス提供地域	サービスを提供できる地域を記載してください <例>「杉並区及び近隣区」「主に中央線より北側の地域。詳細はお問合せください。」など	
定員	定員を記載してください	
交通機関（アクセス）	施設までのアクセス（交通手段・最寄駅、最寄駅からの所要時間等）を記載してください	
通所方法	送迎の有無などの施設への通所方法を記載してください <例>「送迎あり」「送迎なし」「自主通所」など	
作業項目	作業内容を記載してください <例>「封入封かん作業」「創作的活動」など	
行事	行事内容を記載してください <例>「日帰り旅行」「各種季節の行事」など	
食事の提供	食事の提供の有無や提供方法を記載してください <例>「昼食提供あり」「きざみ、ペーストの対応あり」など	

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2035：自立生活援助
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
地域生活支援拠点等の機能	地域生活支援拠点等に係る各種加算がある場合は、「あり」と記載してください	
加算等	次の加算がある場合、その加算名を記載してください 「機能強化型サービス」「機能強化型サービス(協働)」 「主任相談支援専門員配置加算」「要医療児者支援体制加算」「行動障害支援体制加算」「精神障害支援体制加算」「高次脳障害者支援体制加算」	
居宅介護支援事業所としての指定の有無	居宅介護支援事業所としての指定の有無について、「あり」「なし」で記載してください	
利用者負担金(法定負担額以外)	法定負担額以外に利用者が負担する経費がありましたら、記載してください <例>「光熱水費実費」「昼食●●円」「家賃●●円※家賃補助事業あり」など	
事業所からのお知らせ	事業所の特徴やPR、見学の方法、サービスについての補足など、利用者に向けた事業所からのメッセージを自由に記載してください。 <例>「見学は随時受け付けていますので、営業時間にお電話で申し込んでください」など	

検索システム調査票・営業情報補記シート

調査回答先：トータックアメニティ株式会社（杉並区委託事業者）

★回答先FAX：050-3156-0673（専用回線）

区からお送りしました基本情報が記載されている検索システム調査票と合わせて、FAXで送信してください。

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2041：自立訓練（機能訓練）
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
事業所紹介	事業所の特色や事業内容の概要などを記載してください	
事業所営業日	受付ができる事業所の営業日を記載してください	
事業所営業時間	受付ができる事業所の営業時間を記載してください	
サービス提供日	サービスが利用できるサービス提供日を記載してください	
サービス提供時間	サービスが利用できるサービス提供時間を記載してください <例>「学校のある平日は●時～●時 学校のない土曜・長期休暇は、●時～●時」など	
対象としている障害種別	対象としている障害種別など、該当する項目はすべて選択してください ※放課後デイサービス・移動支援事業など障害児を対象にしている場合は、障害種別に加えて「障害児」を選択してください。 <例> 「障害児、身体、知的」「重度心身障害児、障害児、身体、知的、医療的ケア」	

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2041：自立訓練（機能訓練）
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
対象障害についての特記事項	対象とする障害種別だけでは対象が伝わりにくい場合、より詳細に記載することができません <例>「重度の知的障害者」「精神障害のある方が中心」など	
併設サービス	事業所において他の障害福祉サービス等(移動支援事業・日帰りショートを含む)を提供している場合、そのサービス名を記載してください <例>「移動支援」など	
サービス提供地域	サービスを提供できる地域を記載してください <例>「杉並区及び近隣区」「主に中央線より北側の地域。詳細はお問合せください。」など	
定員	定員を記載してください	
交通機関（アクセス）	施設までのアクセス（交通手段・最寄駅、最寄駅からの所要時間等）を記載してください	
通所方法	送迎の有無などの施設への通所方法を記載してください <例>「送迎あり」「送迎なし」「自主通所」など	
作業項目	作業内容を記載してください <例>「封入封かん作業」「創作的活動」など	
行事	行事内容を記載してください <例>「日帰り旅行」「各種季節の行事」など	
食事の提供	食事の提供の有無や提供方法を記載してください <例>「昼食提供あり」「きざみ、ペーストの対応あり」など	

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2041：自立訓練（機能訓練）
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
地域生活支援拠点等の機能	地域生活支援拠点等に係る各種加算がある場合は、「あり」と記載してください	
利用者負担金（法定負担額以外）	法定負担額以外に利用者が負担する経費がありましたら、記載してください <例>「光熱水費実費」「昼食●●円」「家賃●●円※家賃補助事業あり」など	
事業所からのお知らせ	事業所の特徴やPR、見学の方法、サービスについての補足など、利用者に向けた事業所からのメッセージを自由に記載してください。 <例>「見学は随時受け付けていますので、営業時間にお電話で申し込んでください」など	

検索システム調査票・営業情報補記シート

調査回答先：トータックアメニティ株式会社（杉並区委託事業者）

★回答先FAX：050-3156-0673（専用回線）

区からお送りしました基本情報が記載されている検索システム調査票と合わせて、FAXで送信してください。

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2042：自立訓練（生活訓練）
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
事業所紹介	事業所の特色や事業内容の概要などを記載してください	
事業所営業日	受付ができる事業所の営業日を記載してください	
事業所営業時間	受付ができる事業所の営業時間を記載してください	
サービス提供日	サービスが利用できるサービス提供日を記載してください	
サービス提供時間	サービスが利用できるサービス提供時間を記載してください <例>「学校のある平日は●時～●時 学校のない土曜・長期休暇は、●時～●時」など	
対象としている障害種別	対象としている障害種別など、該当する項目はすべて選択してください ※放課後デイサービス・移動支援事業など障害児を対象にしている場合は、障害種別に加えて「障害児」を選択してください。 <例> 「障害児、身体、知的」「重度心身障害児、障害児、身体、知的、医療的ケア」	

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2042：自立訓練（生活訓練）
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
対象障害についての特記事項	対象とする障害種別だけでは対象が伝わりにくい場合、より詳細に記載することができません <例>「重度の知的障害者」「精神障害のある方が中心」など	
併設サービス	事業所において他の障害福祉サービス等(移動支援事業・日帰りショートを含む)を提供している場合、そのサービス名を記載してください <例>「移動支援」など	
サービス提供地域	サービスを提供できる地域を記載してください <例>「杉並区及び近隣区」「主に中央線より北側の地域。詳細はお問合せください。」など	
定員	定員を記載してください	
交通機関（アクセス）	施設までのアクセス（交通手段・最寄駅、最寄駅からの所要時間等）を記載してください	
通所方法	送迎の有無などの施設への通所方法を記載してください <例>「送迎あり」「送迎なし」「自主通所」など	
作業項目	作業内容を記載してください <例>「封入封かん作業」「創作的活動」など	
行事	行事内容を記載してください <例>「日帰り旅行」「各種季節の行事」など	
食事の提供	食事の提供の有無や提供方法を記載してください <例>「昼食提供あり」「きざみ、ペーストの対応あり」など	

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2042：自立訓練（生活訓練）
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
地域生活支援拠点等の機能	地域生活支援拠点等に係る各種加算がある場合は、「あり」と記載してください	
利用者負担金（法定負担額以外）	法定負担額以外に利用者が負担する経費がありましたら、記載してください <例>「光熱水費実費」「昼食●●円」「家賃●●円※家賃補助事業あり」など	
事業所からのお知らせ	事業所の特徴やPR、見学の方法、サービスについての補足など、利用者に向けた事業所からのメッセージを自由に記載してください。 <例>「見学は随時受け付けていますので、営業時間にお電話で申し込んでください」など	

検索システム調査票・営業情報補記シート

調査回答先：トータックアメニティ株式会社（杉並区委託事業者）

★回答先FAX：050-3156-0673（専用回線）

区からお送りしました基本情報が記載されている検索システム調査票と合わせて、FAXで送信してください。

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2043：就労移行支援
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
事業所紹介	事業所の特色や事業内容の概要などを記載してください	
事業所営業日	受付ができる事業所の営業日を記載してください	
事業所営業時間	受付ができる事業所の営業時間を記載してください	
サービス提供日	サービスが利用できるサービス提供日を記載してください	
サービス提供時間	サービスが利用できるサービス提供時間を記載してください <例>「学校のある平日は●時～●時 学校のない土曜・長期休暇は、●時～●時」など	
対象としている障害種別	対象としている障害種別など、該当する項目はすべて選択してください ※放課後デイサービス・移動支援事業など障害児を対象にしている場合は、障害種別に加えて「障害児」を選択してください。 <例> 「障害児、身体、知的」「重度心身障害児、障害児、身体、知的、医療的ケア」	

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2043：就労移行支援
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
対象障害についての特記事項	対象とする障害種別だけでは対象が伝わりにくい場合、より詳細に記載することができます <例>「重度の知的障害者」「精神障害のある方が中心」など	
医療的ケア対応	対象としている障害種別で「医療的ケア」を選択した場合、より詳しく記載することができます <例>「胃ろう」、「喀痰吸引」対応の方が通っています。」など	
併設サービス	事業所において他の障害福祉サービス等(移動支援事業・日帰りショートを含む)を提供している場合、そのサービス名を記載してください <例>「移動支援」など	
サービス提供地域	サービスを提供できる地域を記載してください <例>「杉並区及び近隣区」「主に中央線より北側の地域。詳細はお問合せください。」など	
定員	定員を記載してください	
交通機関（アクセス）	施設までのアクセス（交通手段・最寄駅、最寄駅からの所要時間等）を記載してください	
通所方法	送迎の有無などの施設への通所方法を記載してください <例>「送迎あり」「送迎なし」「自主通所」など	
作業項目	作業内容を記載してください <例>「封入封かん作業」「創作的活動」など	

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2043：就労移行支援
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
行事	行事内容を記載してください <例>「日帰り旅行」「各種季節の行事」など	
食事の提供	食事の提供の有無や提供方法を記載してください <例>「昼食提供あり」「きざみ、ペーストの対応あり」など	
地域生活支援拠点等の機能	地域生活支援拠点等に係る各種加算がある場合は、「あり」と記載してください	
利用者負担金 (法定負担額以外)	法定負担額以外に利用者が負担する経費がありましたら、記載してください <例>「光熱水費実費」「昼食●●円」「家賃●●円※家賃補助事業あり」など	
事業所からのお知らせ	事業所の特徴やPR、見学の方法、サービスについての補足など、利用者に向けた事業所からのメッセージを自由に記載してください。 <例>「見学は随時受け付けていますので、営業時間にお電話で申し込んでください」など	

検索システム調査票・営業情報補記シート

調査回答先：トータックアメニティ株式会社（杉並区委託事業者）

★回答先FAX：050-3156-0673（専用回線）

区からお送りしました基本情報が記載されている検索システム調査票と合わせて、FAXで送信してください。

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2045：就労継続支援（A型）
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
事業所紹介	事業所の特色や事業内容の概要などを記載してください	
事業所営業日	受付ができる事業所の営業日を記載してください	
事業所営業時間	受付ができる事業所の営業時間を記載してください	
サービス提供日	サービスが利用できるサービス提供日を記載してください	
サービス提供時間	サービスが利用できるサービス提供時間を記載してください <例>「学校のある平日は●時～●時 学校のない土曜・長期休暇は、●時～●時」など	
対象としている障害種別	対象としている障害種別など、該当する項目はすべて選択してください ※放課後デイサービス・移動支援事業など障害児を対象にしている場合は、障害種別に加えて「障害児」を選択してください。 <例> 「障害児、身体、知的」「重度心身障害児、障害児、身体、知的、医療的ケア」	

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2045：就労継続支援（A型）
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
対象障害についての特記事項	対象とする障害種別だけでは対象が伝わりにくい場合、より詳細に記載することができません <例>「重度の知的障害者」「精神障害のある方が中心」など	
併設サービス	事業所において他の障害福祉サービス等(移動支援事業・日帰りショートを含む)を提供している場合、そのサービス名を記載してください <例>「移動支援」など	
サービス提供地域	サービスを提供できる地域を記載してください <例>「杉並区及び近隣区」「主に中央線より北側の地域。詳細はお問合せください。」など	
定員	定員を記載してください	
交通機関（アクセス）	施設までのアクセス（交通手段・最寄駅、最寄駅からの所要時間等）を記載してください	
通所方法	送迎の有無などの施設への通所方法を記載してください <例>「送迎あり」「送迎なし」「自主通所」など	
作業項目	作業内容を記載してください <例>「封入封かん作業」「創作的活動」など	
行事	行事内容を記載してください <例>「日帰り旅行」「各種季節の行事」など	
食事の提供	食事の提供の有無や提供方法を記載してください <例>「昼食提供あり」「きざみ、ペーストの対応あり」など	

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2045：就労継続支援（A型）
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
地域生活支援拠点等の機能	地域生活支援拠点等に係る各種加算がある場合は、「あり」と記載してください	
利用者負担金（法定負担額以外）	法定負担額以外に利用者が負担する経費がありましたら、記載してください <例>「光熱水費実費」「昼食●●円」「家賃●●円※家賃補助事業あり」など	
事業所からのお知らせ	事業所の特徴やPR、見学の方法、サービスについての補足など、利用者に向けた事業所からのメッセージを自由に記載してください。 <例>「見学は随時受け付けていますので、営業時間にお電話で申し込んでください」など	

検索システム調査票・営業情報補記シート

調査回答先：トータックアメニティ株式会社（杉並区委託事業者）

★回答先FAX：050-3156-0673（専用回線）

区からお送りしました基本情報が記載されている検索システム調査票と合わせて、FAXで送信してください。

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2046：就労継続支援（B型）
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
事業所紹介	事業所の特色や事業内容の概要などを記載してください	
事業所営業日	受付ができる事業所の営業日を記載してください	
事業所営業時間	受付ができる事業所の営業時間を記載してください	
サービス提供日	サービスが利用できるサービス提供日を記載してください	
サービス提供時間	サービスが利用できるサービス提供時間を記載してください <例>「学校のある平日は●時～●時 学校のない土曜・長期休暇は、●時～●時」など	
対象としている障害種別	対象としている障害種別など、該当する項目はすべて選択してください ※放課後デイサービス・移動支援事業など障害児を対象にしている場合は、障害種別に加えて「障害児」を選択してください。 <例> 「障害児、身体、知的」「重度心身障害児、障害児、身体、知的、医療的ケア」	

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2046：就労継続支援（B型）
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
対象障害についての特記事項	対象とする障害種別だけでは対象が伝わりにくい場合、より詳細に記載することができません <例>「重度の知的障害者」「精神障害のある方が中心」など	
併設サービス	事業所において他の障害福祉サービス等(移動支援事業・日帰りショートを含む)を提供している場合、そのサービス名を記載してください <例>「移動支援」など	
サービス提供地域	サービスを提供できる地域を記載してください <例>「杉並区及び近隣区」「主に中央線より北側の地域。詳細はお問合せください。」など	
定員	定員を記載してください	
交通機関（アクセス）	施設までのアクセス（交通手段・最寄駅、最寄駅からの所要時間等）を記載してください	
通所方法	送迎の有無などの施設への通所方法を記載してください <例>「送迎あり」「送迎なし」「自主通所」など	
作業項目	作業内容を記載してください <例>「封入封かん作業」「創作的活動」など	
行事	行事内容を記載してください <例>「日帰り旅行」「各種季節の行事」など	
食事の提供	食事の提供の有無や提供方法を記載してください <例>「昼食提供あり」「きざみ、ペーストの対応あり」など	

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2046：就労継続支援（B型）
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
地域生活支援拠点等の機能	地域生活支援拠点等に係る各種加算がある場合は、「あり」と記載してください	
利用者負担金（法定負担額以外）	法定負担額以外に利用者が負担する経費がありましたら、記載してください <例>「光熱水費実費」「昼食●●円」「家賃●●円※家賃補助事業あり」など	
事業所からのお知らせ	事業所の特徴やPR、見学の方法、サービスについての補足など、利用者に向けた事業所からのメッセージを自由に記載してください。 <例>「見学は随時受け付けていますので、営業時間にお電話で申し込んでください」など	

検索システム調査票・営業情報補記シート

調査回答先：トーテックアメニティ株式会社（杉並区委託事業者）

★回答先FAX：050-3156-0673（専用回線）

区からお送りしました基本情報が記載されている検索システム調査票と合わせて、FAXで送信してください。

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2047：就労定着支援
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
事業所紹介	事業所の特色や事業内容の概要などを記載してください	
事業所営業日	受付ができる事業所の営業日を記載してください	
事業所営業時間	受付ができる事業所の営業時間を記載してください	
サービス提供日	サービスが利用できるサービス提供日を記載してください	
サービス提供時間	サービスが利用できるサービス提供時間を記載してください <例>「学校のある平日は●時～●時 学校のない土曜・長期休暇は、●時～●時」など	
対象としている障害種別	対象としている障害種別など、該当する項目はすべて選択してください ※放課後デイサービス・移動支援事業など障害児を対象にしている場合は、障害種別に加えて「障害児」を選択してください。 <例> 「障害児、身体、知的」「重度心身障害児、障害児、身体、知的、医療的ケア」	

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2047：就労定着支援
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
対象障害についての特記事項	対象とする障害種別だけでは対象が伝わりにくい場合、より詳細に記載することができません <例>「重度の知的障害者」「精神障害のある方が中心」など	
併設サービス	事業所において他の障害福祉サービス等(移動支援事業・日帰りショートを含む)を提供している場合、そのサービス名を記載してください <例>「移動支援」など	
サービス提供地域	サービスを提供できる地域を記載してください <例>「杉並区及び近隣区」「主に中央線より北側の地域。詳細はお問合せください。」など	
定員	定員を記載してください	
交通機関（アクセス）	施設までのアクセス（交通手段・最寄駅、最寄駅からの所要時間等）を記載してください	
通所方法	送迎の有無などの施設への通所方法を記載してください <例>「送迎あり」「送迎なし」「自主通所」など	
作業項目	作業内容を記載してください <例>「封入封かん作業」「創作的活動」など	
行事	行事内容を記載してください <例>「日帰り旅行」「各種季節の行事」など	
食事の提供	食事の提供の有無や提供方法を記載してください <例>「昼食提供あり」「きざみ、ペーストの対応あり」など	

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2047：就労定着支援
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
地域生活支援拠点等の機能	地域生活支援拠点等に係る各種加算がある場合は、「あり」と記載してください	
利用者負担金 (法定負担額以外)	法定負担額以外に利用者が負担する経費がありましたら、記載してください <例>「光熱水費実費」「昼食●●円」「家賃●●円※家賃補助事業あり」など	
事業所からのお知らせ	事業所の特徴やPR、見学の方法、サービスについての補足など、利用者に向けた事業所からのメッセージを自由に記載してください。 <例>「見学は随時受け付けていますので、営業時間にお電話で申し込んでください」など	

検索システム調査票・営業情報補記シート

調査回答先：トータックアメニティ株式会社（杉並区委託事業者）

★回答先FAX：050-3156-0673（専用回線）

区からお送りしました基本情報が記載されている検索システム調査票と合わせて、FAXで送信してください。

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2052：計画相談支援
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
事業所紹介	事業所の特色や事業内容の概要などを記載してください	
事業所営業日	受付ができる事業所の営業日を記載してください	
事業所営業時間	受付ができる事業所の営業時間を記載してください	
サービス提供日	サービスが利用できるサービス提供日を記載してください	
サービス提供時間	サービスが利用できるサービス提供時間を記載してください <例>「学校のある平日は●時～●時 学校のない土曜・長期休暇は、●時～●時」など	
対象としている障害種別	対象としている障害種別など、該当する項目はすべて選択してください ※放課後デイサービス・移動支援事業など障害児を対象にしている場合は、障害種別に加えて「障害児」を選択してください。 <例> 「障害児、身体、知的」「重度心身障害児、障害児、身体、知的、医療的ケア」	

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2052：計画相談支援
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
対象障害についての特記事項	対象とする障害種別だけでは対象が伝わりにくい場合、より詳細に記載することができません <例>「重度の知的障害者」「精神障害のある方が中心」など	
併設サービス	事業所において他の障害福祉サービス等(移動支援事業・日帰りショートを含む)を提供している場合、そのサービス名を記載してください <例>「移動支援」など	
サービス提供地域	サービスを提供できる地域を記載してください <例>「杉並区及び近隣区」「主に中央線より北側の地域。詳細はお問合せください。」など	
相談支援専門員数	相談支援専門員の人数を、常勤・非常勤に分けて記載してください。 <例>「常勤2人非常勤10人 令和6年11月1日時点」など	
交通機関（アクセス）	施設までのアクセス（交通手段・最寄駅、最寄駅からの所要時間等）を記載してください	
地域生活支援拠点等の機能	地域生活支援拠点等に係る各種加算がある場合は、「あり」と記載してください	

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2052：計画相談支援
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
加算等	次の加算がある場合、その加算名を記載してください 「機能強化型サービス」「機能強化型サービス(協働)」「主任相談支援専門員配置加算」「要医療児者支援体制加算」「行動障害支援体制加算」「精神障害支援体制加算」「高次脳障害者支援体制加算」	
居宅介護支援事業所としての指定の有無	居宅介護支援事業所としての指定の有無について、「あり」「なし」で記載してください	
利用者負担金(法定負担額以外)	法定負担額以外に利用者が負担する経費がありましたら、記載してください <例>「光熱水費実費」「昼食●●円」「家賃●●円※家賃補助事業あり」など	
事業所からのお知らせ	事業所の特徴やPR、見学の方法、サービスについての補足など、利用者に向けた事業所からのメッセージを自由に記載してください。 <例>「見学は随時受け付けていますので、営業時間にお電話で申し込んでください」など	

検索システム調査票・営業情報補記シート

調査回答先：トータックアメニティ株式会社（杉並区委託事業者）

★回答先FAX：050-3156-0673（専用回線）

区からお送りしました基本情報が記載されている検索システム調査票と合わせて、FAXで送信してください。

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2053：地域移行支援
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
事業所紹介	事業所の特色や事業内容の概要などを記載してください	
事業所営業日	受付ができる事業所の営業日を記載してください	
事業所営業時間	受付ができる事業所の営業時間を記載してください	
サービス提供日	サービスが利用できるサービス提供日を記載してください	
サービス提供時間	サービスが利用できるサービス提供時間を記載してください <例>「学校のある平日は●時～●時 学校のない土曜・長期休暇は、●時～●時」など	
対象としている障害種別	対象としている障害種別など、該当する項目はすべて選択してください ※放課後デイサービス・移動支援事業など障害児を対象にしている場合は、障害種別に加えて「障害児」を選択してください。 <例> 「障害児、身体、知的」「重度心身障害児、障害児、身体、知的、医療的ケア」	

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2053：地域移行支援
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
対象障害についての特記事項	対象とする障害種別だけでは対象が伝わりにくい場合、より詳細に記載することができません <例>「重度の知的障害者」「精神障害のある方が中心」など	
併設サービス	事業所において他の障害福祉サービス等(移動支援事業・日帰りショートを含む)を提供している場合、そのサービス名を記載してください <例>「移動支援」など	
サービス提供地域	サービスを提供できる地域を記載してください <例>「杉並区及び近隣区」「主に中央線より北側の地域。詳細はお問合せください。」など	
相談支援専門員数	相談支援専門員の人数を、常勤・非常勤に分けて記載してください。 <例>「常勤2人非常勤10人 令和6年11月1日時点」など	
交通機関（アクセス）	施設までのアクセス（交通手段・最寄駅、最寄駅からの所要時間等）を記載してください	
地域生活支援拠点等の機能	地域生活支援拠点等に係る各種加算がある場合は、「あり」と記載してください	

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2053：地域移行支援
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
加算等	次の加算がある場合、その加算名を記載してください 「機能強化型サービス」「機能強化型サービス(協働)」「主任相談支援専門員配置加算」「要医療児者支援体制加算」「行動障害支援体制加算」「精神障害支援体制加算」「高次脳障害者支援体制加算」	
居宅介護支援事業所としての指定の有無	居宅介護支援事業所としての指定の有無について、「あり」「なし」で記載してください	
利用者負担金(法定負担額以外)	法定負担額以外に利用者が負担する経費がありましたら、記載してください <例>「光熱水費実費」「昼食●●円」「家賃●●円※家賃補助事業あり」など	
事業所からのお知らせ	事業所の特徴やPR、見学の方法、サービスについての補足など、利用者に向けた事業所からのメッセージを自由に記載してください。 <例>「見学は随時受け付けていますので、営業時間にお電話で申し込んでください」など	

検索システム調査票・営業情報補記シート

調査回答先：トータックアメニティ株式会社（杉並区委託事業者）

★回答先FAX：050-3156-0673（専用回線）

区からお送りしました基本情報が記載されている検索システム調査票と合わせて、FAXで送信してください。

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2054：地域定着支援
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
事業所紹介	事業所の特色や事業内容の概要などを記載してください	
事業所営業日	受付ができる事業所の営業日を記載してください	
事業所営業時間	受付ができる事業所の営業時間を記載してください	
サービス提供日	サービスが利用できるサービス提供日を記載してください	
サービス提供時間	サービスが利用できるサービス提供時間を記載してください <例>「学校のある平日は●時～●時 学校のない土曜・長期休暇は、●時～●時」など	
対象としている障害種別	対象としている障害種別など、該当する項目はすべて選択してください ※放課後デイサービス・移動支援事業など障害児を対象にしている場合は、障害種別に加えて「障害児」を選択してください。 <例> 「障害児、身体、知的」「重度心身障害児、障害児、身体、知的、医療的ケア」	

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2054：地域定着支援
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
対象障害についての特記事項	対象とする障害種別だけでは対象が伝わりにくい場合、より詳細に記載することができません <例>「重度の知的障害者」「精神障害のある方が中心」など	
併設サービス	事業所において他の障害福祉サービス等(移動支援事業・日帰りショートを含む)を提供している場合、そのサービス名を記載してください <例>「移動支援」など	
サービス提供地域	サービスを提供できる地域を記載してください <例>「杉並区及び近隣区」「主に中央線より北側の地域。詳細はお問合せください。」など	
相談支援専門員数	相談支援専門員の人数を、常勤・非常勤に分けて記載してください。 <例>「常勤2人非常勤10人 令和6年11月1日時点」など	
交通機関（アクセス）	施設までのアクセス（交通手段・最寄駅、最寄駅からの所要時間等）を記載してください	
地域生活支援拠点等の機能	地域生活支援拠点等に係る各種加算がある場合は、「あり」と記載してください	

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2054：地域定着支援
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
加算等	次の加算がある場合、その加算名を記載してください 「機能強化型サービス」「機能強化型サービス(協働)」「主任相談支援専門員配置加算」「要医療児者支援体制加算」「行動障害支援体制加算」「精神障害支援体制加算」「高次脳障害者支援体制加算」	
居宅介護支援事業所としての指定の有無	居宅介護支援事業所としての指定の有無について、「あり」「なし」で記載してください	
利用者負担金(法定負担額以外)	法定負担額以外に利用者が負担する経費がありましたら、記載してください <例>「光熱水費実費」「昼食●●円」「家賃●●円※家賃補助事業あり」など	
事業所からのお知らせ	事業所の特徴やPR、見学の方法、サービスについての補足など、利用者に向けた事業所からのメッセージを自由に記載してください。 <例>「見学は随時受け付けていますので、営業時間にお電話で申し込んでください」など	

検索システム調査票・営業情報補記シート

調査回答先：トータックアメニティ株式会社（杉並区委託事業者）

★回答先FAX：050-3156-0673（専用回線）

区からお送りしました基本情報が記載されている検索システム調査票と合わせて、FAXで送信してください。

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2055：障害児相談支援
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
事業所紹介	事業所の特色や事業内容の概要などを記載してください	
事業所営業日	受付ができる事業所の営業日を記載してください	
事業所営業時間	受付ができる事業所の営業時間を記載してください	
サービス提供日	サービスが利用できるサービス提供日を記載してください	
サービス提供時間	サービスが利用できるサービス提供時間を記載してください <例>「学校のある平日は●時～●時 学校のない土曜・長期休暇は、●時～●時」など	
対象としている障害種別	対象としている障害種別など、該当する項目はすべて選択してください ※放課後デイサービス・移動支援事業など障害児を対象にしている場合は、障害種別に加えて「障害児」を選択してください。 <例> 「障害児、身体、知的」「重度心身障害児、障害児、身体、知的、医療的ケア」	

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2055：障害児相談支援
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
対象障害についての特記事項	対象とする障害種別だけでは対象が伝わりにくい場合、より詳細に記載することができません <例>「重度の知的障害者」「精神障害のある方が中心」など	
併設サービス	事業所において他の障害福祉サービス等(移動支援事業・日帰りショートを含む)を提供している場合、そのサービス名を記載してください <例>「移動支援」など	
サービス提供地域	サービスを提供できる地域を記載してください <例>「杉並区及び近隣区」「主に中央線より北側の地域。詳細はお問合せください。」など	
相談支援専門員数	相談支援専門員の人数を、常勤・非常勤に分けて記載してください。 <例>「常勤2人非常勤10人 令和6年11月1日時点」など	
交通機関（アクセス）	施設までのアクセス（交通手段・最寄駅、最寄駅からの所要時間等）を記載してください	
地域生活支援拠点等の機能	地域生活支援拠点等に係る各種加算がある場合は、「あり」と記載してください	

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2055：障害児相談支援
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
加算等	次の加算がある場合、その加算名を記載してください 「機能強化型サービス」「機能強化型サービス(協働)」「主任相談支援専門員配置加算」「要医療児者支援体制加算」「行動障害支援体制加算」「精神障害支援体制加算」「高次脳障害者支援体制加算」	
居宅介護支援事業所としての指定の有無	居宅介護支援事業所としての指定の有無について、「あり」「なし」で記載してください	
利用者負担金(法定負担額以外)	法定負担額以外に利用者が負担する経費がありましたら、記載してください <例>「光熱水費実費」「昼食●●円」「家賃●●円※家賃補助事業あり」など	
事業所からのお知らせ	事業所の特徴やPR、見学の方法、サービスについての補足など、利用者に向けた事業所からのメッセージを自由に記載してください。 <例>「見学は随時受け付けていますので、営業時間にお電話で申し込んでください」など	

検索システム調査票・営業情報補記シート

調査回答先：トータックアメニティ株式会社（杉並区委託事業者）

★回答先FAX：050-3156-0673（専用回線）

区からお送りしました基本情報が記載されている検索システム調査票と合わせて、FAXで送信してください。

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2061：児童発達支援
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
事業所紹介	事業所の特色や事業内容の概要などを記載してください	
事業所営業日	受付ができる事業所の営業日を記載してください	
事業所営業時間	受付ができる事業所の営業時間を記載してください	
サービス提供日	サービスが利用できるサービス提供日を記載してください	
サービス提供時間	サービスが利用できるサービス提供時間を記載してください <例>「学校のある平日は●時～●時 学校のない土曜・長期休暇は、●時～●時」など	
対象としている障害種別	対象としている障害種別など、該当する項目はすべて選択してください ※放課後デイサービス・移動支援事業など障害児を対象にしている場合は、障害種別に加えて「障害児」を選択してください。 <例> 「障害児、身体、知的」「重度心身障害児、障害児、身体、知的、医療的ケア」	

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2061：児童発達支援
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
対象障害についての特記事項	対象とする障害種別だけでは対象が伝わりにくい場合、より詳細に記載することができません <例>「重度の知的障害者」「精神障害のある方が中心」など	
医療的ケア対応	対象としている障害種別で「医療的ケア」を選択した場合、より詳しく記載することができます <例>「胃ろう」、「喀痰吸引」対応の方が通っています。」など	
併設サービス	事業所において他の障害福祉サービス等(移動支援事業・日帰りショートを含む)を提供している場合、そのサービス名を記載してください <例>「移動支援」など	
サービス提供地域	サービスを提供できる地域を記載してください <例>「杉並区及び近隣区」「主に中央線より北側の地域。詳細はお問合せください。」など	
定員	定員を記載してください	
交通機関（アクセス）	施設までのアクセス（交通手段・最寄駅、最寄駅からの所要時間等）を記載してください	
通所方法	送迎の有無などの施設への通所方法を記載してください <例>「送迎あり」「送迎なし」「自主通所」など	

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2061：児童発達支援
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
送迎範囲	送迎がある場合、送迎の範囲を記載してください <例>「区内全域を対象としていますが、主に中央線より北側の地域」「和泉・方南・堀ノ内。詳細はお問合せください。」など	
サービス内容	サービス内容を具体的に、記載してください <例>「身体介護を伴う食事介助、排せつ介助、通院介助等の支援を行います。」「平日は、●時～集会をしています。土曜・長期休暇は、●●等のプログラムを実施しています。」など	
利用者負担金 (法定負担額以外)	法定負担額以外に利用者が負担する経費がありましたら、記載してください <例>「光熱水費実費」「昼食●●円」「家賃●●円※家賃補助事業あり」など	
事業所からのお知らせ	事業所の特徴やPR、見学の方法、サービスについての補足など、利用者に向けた事業所からのメッセージを自由に記載してください。 <例>「見学は随時受け付けていますので、営業時間にお電話で申し込んでください」など	

検索システム調査票・営業情報補記シート

調査回答先：トーテックアメニティ株式会社（杉並区委託事業者）

★回答先FAX：050-3156-0673（専用回線）

区からお送りしました基本情報が記載されている検索システム調査票と合わせて、FAXで送信してください。

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2063：放課後等デイサービス
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
事業所紹介	事業所の特色や事業内容の概要などを記載してください	
事業所営業日	受付ができる事業所の営業日を記載してください	
事業所営業時間	受付ができる事業所の営業時間を記載してください	
サービス提供日	サービスが利用できるサービス提供日を記載してください	
サービス提供時間	サービスが利用できるサービス提供時間を記載してください <例>「学校のある平日は●時～●時 学校のない土曜・長期休暇は、●時～●時」など	
対象としている障害種別	対象としている障害種別など、該当する項目はすべて選択してください ※放課後デイサービス・移動支援事業など障害児を対象にしている場合は、障害種別に加えて「障害児」を選択してください。 <例> 「障害児、身体、知的」「重度心身障害児、障害児、身体、知的、医療的ケア」	

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2063：放課後等デイサービス
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
対象障害についての特記事項	対象とする障害種別だけでは対象が伝わりにくい場合、より詳細に記載することができます <例>「重度の知的障害者」「精神障害のある方が中心」など	
医療的ケア対応	対象としている障害種別で「医療的ケア」を選択した場合、より詳しく記載することができます <例>「胃ろう」、「喀痰吸引」対応の方が通っています。」など	
併設サービス	事業所において他の障害福祉サービス等(移動支援事業・日帰りショートを含む)を提供している場合、そのサービス名を記載してください <例>「移動支援」など	
サービス提供地域	サービスを提供できる地域を記載してください <例>「杉並区及び近隣区」「主に中央線より北側の地域。詳細はお問合せください。」など	
定員	定員を記載してください	
交通機関（アクセス）	施設までのアクセス（交通手段・最寄駅、最寄駅からの所要時間等）を記載してください	
通所方法	送迎の有無などの施設への通所方法を記載してください <例>「送迎あり」「送迎なし」「自主通所」など	

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2063：放課後等デイサービス
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
送迎範囲	送迎がある場合、送迎の範囲を記載してください <例>「区内全域を対象としていますが、主に中央線より北側の地域」「和泉・方南・堀ノ内。詳細はお問合せください。」など	
サービス内容	サービス内容を具体的に、記載してください <例>「身体介護を伴う食事介助、排せつ介助、通院介助等の支援を行います。」「平日は、●時～集会をしています。土曜・長期休暇は、●●等のプログラムを実施しています。」など	
利用者負担金 (法定負担額以外)	法定負担額以外に利用者が負担する経費がありましたら、記載してください <例>「光熱水費実費」「昼食●●円」「家賃●●円※家賃補助事業あり」など	
事業所からのお知らせ	事業所の特徴やPR、見学の方法、サービスについての補足など、利用者に向けた事業所からのメッセージを自由に記載してください。 <例>「見学は随時受け付けていますので、営業時間にお電話で申し込んでください」など	

検索システム調査票・営業情報補記シート

調査回答先：トータックアメニティ株式会社（杉並区委託事業者）

★回答先FAX：050-3156-0673（専用回線）

区からお送りしました基本情報が記載されている検索システム調査票と合わせて、FAXで送信してください。

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2064：保育所等訪問支援
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
事業所紹介	事業所の特色や事業内容の概要などを記載してください	
事業所営業日	受付ができる事業所の営業日を記載してください	
事業所営業時間	受付ができる事業所の営業時間を記載してください	
サービス提供日	サービスが利用できるサービス提供日を記載してください	
サービス提供時間	サービスが利用できるサービス提供時間を記載してください <例>「学校のある平日は●時～●時 学校のない土曜・長期休暇は、●時～●時」など	
対象としている障害種別	対象としている障害種別など、該当する項目はすべて選択してください ※放課後デイサービス・移動支援事業など障害児を対象にしている場合は、障害種別に加えて「障害児」を選択してください。 <例> 「障害児、身体、知的」「重度心身障害児、障害児、身体、知的、医療的ケア」	

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2064：保育所等訪問支援
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
対象障害についての特記事項	対象とする障害種別だけでは対象が伝わりにくい場合、より詳細に記載することができません <例>「重度の知的障害者」「精神障害のある方が中心」など	
併設サービス	事業所において他の障害福祉サービス等(移動支援事業・日帰りショートを含む)を提供している場合、そのサービス名を記載してください <例>「移動支援」など	
サービス提供地域	サービスを提供できる地域を記載してください <例>「杉並区及び近隣区」「主に中央線より北側の地域。詳細はお問合せください。」など	
交通機関（アクセス）	施設までのアクセス（交通手段・最寄駅、最寄駅からの所要時間等）を記載してください	
サービス内容	サービス内容を具体的に、記載してください <例>「身体介護を伴う食事介助、排せつ介助、通院介助等の支援を行います。」「平日は、●時～集会をしています。土曜・長期休暇は、●●等のプログラムを実施しています。」など	
利用者負担金（法定負担額以外）	法定負担額以外に利用者が負担する経費がありましたら、記載してください <例>「光熱水費実費」「昼食●●円」「家賃●●円※家賃補助事業あり」など	

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2064：保育所等訪問支援
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
事業所からのお知らせ	事業所の特徴やPR、見学の 方法、サービスについての補 足など、利用者に向けた事業 所からのメッセージを自由に記 載してください。＜例＞「見 学は随時受け付けていますの で、営業時間にお電話で申 し込んでください」など	

検索システム調査票・営業情報補記シート

調査回答先：トータックアメニティ株式会社（杉並区委託事業者）

★回答先FAX：050-3156-0673（専用回線）

区からお送りしました基本情報が記載されている検索システム調査票と合わせて、FAXで送信してください。

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2065：居宅訪問型児童発達支援
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
事業所紹介	事業所の特色や事業内容の概要などを記載してください	
事業所営業日	受付ができる事業所の営業日を記載してください	
事業所営業時間	受付ができる事業所の営業時間を記載してください	
サービス提供日	サービスが利用できるサービス提供日を記載してください	
サービス提供時間	サービスが利用できるサービス提供時間を記載してください <例>「学校のある平日は●時～●時 学校のない土曜・長期休暇は、●時～●時」など	
対象としている障害種別	対象としている障害種別など、該当する項目はすべて選択してください ※放課後デイサービス・移動支援事業など障害児を対象にしている場合は、障害種別に加えて「障害児」を選択してください。 <例> 「障害児、身体、知的」「重度心身障害児、障害児、身体、知的、医療的ケア」	

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2065：居宅訪問型児童発達支援
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
対象障害についての特記事項	対象とする障害種別だけでは対象が伝わりにくい場合、より詳細に記載することができません <例>「重度の知的障害者」「精神障害のある方が中心」など	
医療的ケア対応	対象としている障害種別で「医療的ケア」を選択した場合、より詳しく記載することができます <例>「胃ろう」、「喀痰吸引」対応の方が通っています。」など	
併設サービス	事業所において他の障害福祉サービス等(移動支援事業・日帰りショートを含む)を提供している場合、そのサービス名を記載してください <例>「移動支援」など	
サービス提供地域	サービスを提供できる地域を記載してください <例>「杉並区及び近隣区」「主に中央線より北側の地域。詳細はお問合せください。」など	
定員	定員を記載してください	
交通機関（アクセス）	施設までのアクセス（交通手段・最寄駅、最寄駅からの所要時間等）を記載してください	
通所方法	送迎の有無などの施設への通所方法を記載してください <例>「送迎あり」「送迎なし」「自主通所」など	

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2065：居宅訪問型児童発達支援
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
送迎範囲	送迎がある場合、送迎の範囲を記載してください <例>「区内全域を対象としていますが、主に中央線より北側の地域」「和泉・方南・堀ノ内。詳細はお問合せください。」など	
サービス内容	サービス内容を具体的に、記載してください <例>「身体介護を伴う食事介助、排せつ介助、通院介助等の支援を行います。」「平日は、●時～集会をしています。土曜・長期休暇は、●●等のプログラムを実施しています。」など	
利用者負担金 (法定負担額以外)	法定負担額以外に利用者が負担する経費がありましたら、記載してください <例>「光熱水費実費」「昼食●●円」「家賃●●円※家賃補助事業あり」など	
事業所からのお知らせ	事業所の特徴やPR、見学の方法、サービスについての補足など、利用者に向けた事業所からのメッセージを自由に記載してください。 <例>「見学は随時受け付けていますので、営業時間にお電話で申し込んでください」など	

検索システム調査票・営業情報補記シート

調査回答先：トータックアメニティ株式会社（杉並区委託事業者）

★回答先FAX：050-3156-0673（専用回線）

区からお送りしました基本情報が記載されている検索システム調査票と合わせて、FAXで送信してください。

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2090：移動支援
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
事業所紹介	事業所の特色や事業内容の概要などを記載してください	
事業所営業日	受付ができる事業所の営業日を記載してください	
事業所営業時間	受付ができる事業所の営業時間を記載してください	
サービス提供日	サービスが利用できるサービス提供日を記載してください	
サービス提供時間	サービスが利用できるサービス提供時間を記載してください <例>「学校のある平日は●時～●時 学校のない土曜・長期休暇は、●時～●時」など	
対象としている障害種別	対象としている障害種別など、該当する項目はすべて選択してください ※放課後デイサービス・移動支援事業など障害児を対象にしている場合は、障害種別に加えて「障害児」を選択してください。 <例> 「障害児、身体、知的」「重度心身障害児、障害児、身体、知的、医療的ケア」	

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2090：移動支援
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
対象障害についての特記事項	対象とする障害種別だけでは対象が伝わりにくい場合、より詳細に記載することができません <例>「重度の知的障害者」「精神障害のある方が中心」など	
医療的ケア対応	対象としている障害種別で「医療的ケア」を選択した場合、より詳しく記載することができます <例>「胃ろう」、「喀痰吸引」対応の方が通っています。」など	
併設サービス	事業所において他の障害福祉サービス等(移動支援事業・日帰りショートを含む)を提供している場合、そのサービス名を記載してください <例>「移動支援」など	
サービス提供地域	サービスを提供できる地域を記載してください <例>「杉並区及び近隣区」「主に中央線より北側の地域。詳細はお問合せください。」など	
登録ヘルパー数	登録ヘルパーの人数を、常勤・非常勤別、男女別に記載してください。 <例>「常勤2人 非常勤10人 男女別 男6人 女6人 令和6年11月1日時点」など	

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	2090：移動支援
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
サービス内容	サービス内容を具体的に、記載してください <例>「身体介護を伴う食事介助、排せつ介助、通院介助等の支援を行います。」「平日は、●時～集会をしています。土曜・長期休暇は、●●等のプログラムを実施しています。」など	
グループ支援	グループ支援を実施している場合、「実施」と記載してください	
通学送迎	通学送迎の対応をしている場合、「実施」を記載してください	
利用者負担金 (法定負担額以外)	法定負担額以外に利用者が負担する経費がありましたら、記載してください <例>「光熱水費実費」「昼食●●円」「家賃●●円※家賃補助事業あり」など	
事業所からのお知らせ	事業所の特徴やPR、見学の方法、サービスについての補足など、利用者に向けた事業所からのメッセージを自由に記載してください。 <例>「見学は随時受け付けていますので、営業時間にお電話で申し込んでください」など	

検索システム調査票・営業情報補記シート

調査回答先：トータックアメニティ株式会社（杉並区委託事業者）

★回答先FAX：050-3156-0673（専用回線）

区からお送りしました基本情報が記載されている検索システム調査票と合わせて、FAXで送信してください。

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	8002：日帰りショート
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
事業所紹介	事業所の特色や事業内容の概要などを記載してください	
事業所営業日	受付ができる事業所の営業日を記載してください	
事業所営業時間	受付ができる事業所の営業時間を記載してください	
サービス提供日	サービスが利用できるサービス提供日を記載してください	
サービス提供時間	サービスが利用できるサービス提供時間を記載してください <例>「学校のある平日は●時～●時 学校のない土曜・長期休暇は、●時～●時」など	
対象としている障害種別	対象としている障害種別など、該当する項目はすべて選択してください ※放課後デイサービス・移動支援事業など障害児を対象にしている場合は、障害種別に加えて「障害児」を選択してください。 <例> 「障害児、身体、知的」「重度心身障害児、障害児、身体、知的、医療的ケア」	

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	8002：日帰りショート
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
対象障害についての特記事項	対象とする障害種別だけでは対象が伝わりにくい場合、より詳細に記載することができます <例>「重度の知的障害者」「精神障害のある方が中心」など	
医療的ケア対応	対象としている障害種別で「医療的ケア」を選択した場合、より詳しく記載することができます <例>「胃ろう」、「喀痰吸引」対応の方が通っています。」など	
併設サービス	事業所において他の障害福祉サービス等(移動支援事業・日帰りショートを含む)を提供している場合、そのサービス名を記載してください <例>「移動支援」など	
サービス提供地域	サービスを提供できる地域を記載してください <例>「杉並区及び近隣区」「主に中央線より北側の地域。詳細はお問合せください。」など	
定員	定員を記載してください	
交通機関（アクセス）	施設までのアクセス（交通手段・最寄駅、最寄駅からの所要時間等）を記載してください	
通所方法	送迎の有無などの施設への通所方法を記載してください <例>「送迎あり」「送迎なし」「自主通所」など	

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	8002：日帰りショート
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
サービス内容	サービス内容を具体的に、記載してください <例>「身体介護を伴う食事介助、排せつ介助、通院介助等の支援を行います。」「平日は、●時～集会をしています。土曜・長期休暇は、●●等のプログラムを実施しています。」など	
食事の提供	食事の提供の有無や提供方法を記載してください <例>「昼食提供あり」「きざみ、ペーストの対応あり」など	
利用方法	サービスの利用にあたっての必要な手続きなどを記載してください <例>「初めての利用の方は、契約と面接が必要です。」など	
予約方法	サービス利用にあたっての予約方法を記載してください <例>「区内在住の方は、ご利用日1か月前から電話で受付」など	
利用者負担金 (法定負担額以外)	法定負担額以外に利用者が負担する経費がありましたら、記載してください <例>「光熱水費実費」「昼食●●円」「家賃●●円※家賃補助事業あり」など	
事業所からのお知らせ	事業所の特徴やPR、見学の方法、サービスについての補足など、利用者に向けた事業所からのメッセージを自由に記載してください。 <例>「見学は随時受け付けていますので、営業時間にお電話で申し込んでください」など	

検索システム調査票・営業情報補記シート

調査回答先：トータックアメニティ株式会社（杉並区委託事業者）

★回答先FAX：050-3156-0673（専用回線）

区からお送りしました基本情報が記載されている検索システム調査票と合わせて、FAXで送信してください。

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	8003：地域活動支援センター
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
事業所紹介	事業所の特色や事業内容の概要などを記載してください	
事業所営業日	受付ができる事業所の営業日を記載してください	
事業所営業時間	受付ができる事業所の営業時間を記載してください	
サービス提供日	サービスが利用できるサービス提供日を記載してください	
サービス提供時間	サービスが利用できるサービス提供時間を記載してください <例>「学校のある平日は●時～●時 学校のない土曜・長期休暇は、●時～●時」など	
対象としている障害種別	対象としている障害種別など、該当する項目はすべて選択してください ※放課後デイサービス・移動支援事業など障害児を対象にしている場合は、障害種別に加えて「障害児」を選択してください。 <例> 「障害児、身体、知的」「重度心身障害児、障害児、身体、知的、医療的ケア」	

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	8003：地域活動支援センター
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
対象障害についての特記事項	対象とする障害種別だけでは対象が伝わりにくい場合、より詳細に記載することができません <例>「重度の知的障害者」「精神障害のある方が中心」など	
医療的ケア対応	対象としている障害種別で「医療的ケア」を選択した場合、より詳しく記載することができます <例>「胃ろう」、「喀痰吸引」対応の方が通っています。」など	
併設サービス	事業所において他の障害福祉サービス等(移動支援事業・日帰りショートを含む)を提供している場合、そのサービス名を記載してください <例>「移動支援」など	
サービス提供地域	サービスを提供できる地域を記載してください <例>「杉並区及び近隣区」「主に中央線より北側の地域。詳細はお問合せください。」など	
交通機関（アクセス）	施設までのアクセス（交通手段・最寄駅、最寄駅からの所要時間等）を記載してください	
通所方法	送迎の有無などの施設への通所方法を記載してください <例>「送迎あり」「送迎なし」「自主通所」など	

事業所番号（必須）：	
サービス（必須）：	8003：地域活動支援センター
回答事業者名（必須）：	
回答者名（必須）：	
対象事業所（必須）：	

調査項目名	調査項目の説明文	記載欄
サービス内容	サービス内容を具体的に、記載してください <例>「身体介護を伴う食事介助、排せつ介助、通院介助等の支援を行います。」「平日は、●時～集会をしています。土曜・長期休暇は、●●等のプログラムを実施しています。」など	
食事の提供	食事の提供の有無や提供方法を記載してください <例>「昼食提供あり」「きざみ、ペーストの対応あり」など	
利用方法	サービスの利用にあたっての必要な手続きなどを記載してください <例>「初めての利用の方は、契約と面接が必要です。」など	
予約方法	サービス利用にあたっての予約方法を記載してください <例>「区内在住の方は、ご利用日1か月前から電話で受付」など	
利用者負担金 (法定負担額以外)	法定負担額以外に利用者が負担する経費がありましたら、記載してください <例>「光熱水費実費」「昼食●●円」「家賃●●円※家賃補助事業あり」など	
事業所からのお知らせ	事業所の特徴やPR、見学の方法、サービスについての補足など、利用者に向けた事業所からのメッセージを自由に記載してください。 <例>「見学は随時受け付けていますので、営業時間にお電話で申し込んでください」など	