

## サービス事業所指定確認票

下記により、障害福祉サービスを行う者（法人）としての指定を、現に都道府県知事から受けていることを届出します。

令和 年 月 日

サービス事業者（法人名及び代表者職・氏名）

.....  
.....

事業所番号	
事業所名称	
郵便番号	〒
所在地	
電話番号	
FAX 番号	
Eメールアドレス	
サービス地域	
障害福祉サービスの種類	居宅介護・重度訪問介護・行動援護・同行援護・その他
主たる対象者	視覚障害・全身性障害・知的障害・精神障害・高次脳機能障害
介護従業者数	常勤 名、非常勤 名
その他従業者数	常勤 名、非常勤 名
指定年月日	(平成・令和) 年 月 日 (新規・更新)

### 【記入上の注意】

- \*都道府県知事の指定した事実（指定通知書等に掲載されている内容）に沿って正確に記入ください。
- \*本契約に基づく移動支援事業を提供できるサービス事業所が複数ある場合は、各事業所ごとに作成ください。
- \*「障害福祉サービスの種類」は、指定を受けている事業について○で囲んでください。
- \*「主たる対象者」は、移動支援サービスにおいて対応可能な障害について○で囲んでください。
- \*「指定年月日」は、初年度登録日又は更新登録日について記入してください。
- \*本票は契約書と一緒に当区担当者まで提出してください。
- \*本票の記載事項に変更があったときには、改めて本票を提出し直してください。