TSUNAGUみと調査票

③生活介護

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 事業所番号 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話／FAX | (電話)　　　　　　　　　　　　(FAX) |
| メールアドレス |  |
| ホームページ | [ ] あり　　　[ ] なし |
| 法人・会社名 |  |
| 主たる対象の障害種別 | [ ] 身体障害　　[ ] 知的障害　[ ] 精神障害 | 定員 | 　　　名 |
| 営業日 | （例）（月）～（金）　ただし祝祭日および当事業所指定の日を除く |
|  |
| 活動時間 | （例）９:００～１５:００ |  |
| 利用相談受付時間 | （例）８:３０～１７:３０ |  |
| 医療的ケア | [ ] 対応不可　　　　　　　　　[ ] 看護師対応[ ] 喀痰吸引（支援員対応）　　[ ] 経管栄養（支援員対応） |
| 送迎 | [ ] あり　[ ] なし | 送迎の範囲 |  |
| 食事（昼食代） | 1食あたりの総額表示 | １食　　　　　　　　円 |
| 食事提供体制加算対象者の場合 | １食　　　　　　　　円 |
| その他必要な費用 |  |
| 入浴設備 | [ ] なし　　[ ] シャワー浴のみ　　[ ] 一般浴室　　[ ] リフト等（車いす対応）　　[ ] 特殊浴槽 |
| トイレ設備 | [ ] 和式　[ ] 洋式　[ ] 手すり　[ ] 車いす対応　[ ] オストメイト対応 |

２枚目に続きます　☞

|  |  |
| --- | --- |
| その他のサービス | [ ] 共生型サービス　　[ ] 日中一時支援　　[ ] 体験実習 |
| 提供している作業等（100字以内） |  |
| 事業所の紹介（130字以内） |  |

以上