

サービス事業所指定確認票

障害者総合支援法第 36 条第 1 項の規定により、重度訪問介護、同行援護または行動援護を行う者（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け出ます。

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	
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。
- *本契約に基づく重度障害者等就労支援特別事業を提供できるサービス事業所が複数ある場合は、事業所ごとに作成してください。
- *「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。