付表8　居宅訪問型児童発達支援事業所の指定に係る記載事項

受付番号	

事業所	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 県　　郡・市			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
		e-mail			
管理者	フリガナ		住　所	（郵便番号　　－　　）	
	氏　名				
	当該事業所の他の職務又は同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合記入）	事業所等の名称			
		兼務する職種及び勤務時間等			
当該支援の実施について定めてある定款又は条例等			第　条第　項第　号		
児童発達支援管理責任者	フリガナ		住 所	（郵便番号　　－　　）	
	氏　名				

従業者の職種・員数		訪問支援員		児童発達支援管理責任者	
		専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤（人）				
	非常勤（人）				
備　考					
基準上の必要人数（人）					

設備	専用の区画	有　・　無

主な掲示事項					
営業日					
営業時間					
サービス提供時間					
利用料					
その他の費用　＊1					
通常の事業の実施地域　＊2					
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況		している　・　していない		
	苦情解決の措置概要		窓口（連絡先）		担当者
	その他				
多機能型実施の有無	有　・　無				

＊1「その他の費用」欄には、保護者等に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

＊2「通常の事業の実施地域」欄には、市町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は適宜地図を添付してください。