

_____年度

大津市指定障害児通所支援事業所

【共生型放課後等デイサービス】実地指導事前資料

| | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 事業所番号 | | | | | | | | | | |
| 法人名 | | | | | | | | | | |
| 事業所名 | | | | | | | | | | |

大津市福祉指導監査課

〒520-8575 大津市御陵町 3 番 1 号

電話:077-528-2912

1 事業所の概要

開設者等の状況

年 月 日現在

| | | |
|--------|------------------------------|---|
| 開設者の状況 | 法人等の名称 | |
| | 法人等の種別 | |
| | 主たる事務所の所在地 | 〒 — |
| | 代表者名 | |
| | 代表者の住所 | |
| | 他の指定障害福祉サービス事業所等 | ①サービスの種類 () 事業所名 () 所在市町村 () ②サービスの種類 () 事業所名 () 所在市町村 () ③サービスの種類 () 事業所名 () 所在市町村 () ④サービスの種類 () 事業所名 () 所在市町村 () ⑤サービスの種類 () 事業所名 () 所在市町村 () |
| 事業所の状況 | 名称 | |
| | 所在地 | 〒 — |
| | 管理者の氏名 | |
| | 児童発達支援管理責任者の氏名 (配置している場合) | |
| | 事業所名称 | |
| | サービス種別 | |
| | 定員 | |
| | 指定年月日 | |

3 障害児通所給付費等の請求状況

(1) 障害児通所給付費等の請求状況（直近3月）

| 項目 | 障害児通所給付費請求件数及び金額 | | | | | | | | |
|----------------|------------------|----------------------|---------------|---------------|----------------------|---------------|---------------|----------------------|---------------|
| | 年 月 | | | 年 月 | | | 年 月 | | |
| | 請求件数 合計（件） | 市外利用者 請求件数 *再掲 | 請求金額 合計（円） | 請求件数 合計（件） | 市外利用者 請求件数 *再掲 | 請求金額 合計（円） | 請求件数 合計（件） | 市外利用者 請求件数 *再掲 | 請求金額 合計（円） |
| 共生型放課後等デイサービス費 | | | | | | | | | |
| 加算 | | | | | | | | | |
| 加算 | | | | | | | | | |
| 加算 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

(2) 利用者負担（1割負担分）の請求状況（直近3月）

| 年 月 | 人数（人） | 金額（円） |
|-----|-------|-------|
| 年 月 | | |
| 年 月 | | |
| 年 月 | | |

※サービス種別ごとではなく合計で記入してください。

(3) 利用料の徴収方法（直近月）* 年 月末現在（人）

| | |
|-----------|--|
| 保護者から現金徴収 | |
| 口座振替 | |
| 銀行振込 | |
| その他 | |

※サービス種別ごとではなく合計で記入してください。

(4) 利用者の便益を向上させるものとして、保護者に負担を求めている金銭の請求内容（直近3月） (円)

| 項目 | 金額等 | 単 価（円） | 年 月 | 年 月 | 年 月 | 備 考 |
|----|-----|--------|-----|-----|-----|-----|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

※1 利用者の便益を向上させるものとして、保護者に負担を求めている金銭の内容として、あらかじめ決められているものの一覧表を添付してください。

※2 サービス種別ごとに内容が異なる場合、「備考」欄にサービス種別を記入してください。

4 利用者の状況

(1) 記入月前月までの、各月の1日当たり平均利用者数及び利用児童数(人)を記入してください。 [令和 年 月 日時点]

| 年度 | | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 |
|----|-----------------|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|----|----|----|
| 年度 | 利用者数 | | | | | | | | | | | | |
| | (再掲)平均 利用児童数 | | | | | | | | | | | | |
| 年度 | 利用者数 | | | | | | | | | | | | |
| | (再掲)平均 利用児童数 | | | | | | | | | | | | |

※利用者数について、指定生活介護事業者が行う共生型放課後等デイサービス事業所は指定生活介護の利用者の数及び共生型放課後等デイサービスを受ける障害児の数の合計数を、指定通所介護事業者又は指定地域密着型通所介護事業者が行う共生型放課後等デイサービス事業所は指定通所介護事業所等が提供する指定通所介護等の利用者の数及び共生型放課後等デイサービスを受ける障害児の数の合計数を、指定小規模多機能型居宅介護事業者、指定看護小規模多機能型居宅介護又は指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業者が行う共生型放課後等デイサービス事業所は指定小規模多機能型居宅介護事業所等が提供する通いサービスの利用者数及び共生型通いサービスを受ける障害者及び障害児の数の合計数を記載すること。

(2) 記入月における初日時点の利用契約児童数(人)を記入してください。

| 小学校 就学前 | 小学校以上 20歳未満 | | | | | | | 合 計 |
|------------|-------------|-----|--------|-----|-----|----------------|-----|-----|
| | 小学校 | 中学校 | 特別支援学校 | | | その他 | | |
| | | | 小学部 | 中学部 | 高等部 | 18歳以上 20歳未満 | | |
| () | () | () | () | () | () | () | () | () |

<送迎の実施> あり → [送迎利用児童数 人] [車両台数 台]
 なし

5 苦情処理、事故発生時の対応等

(1) 苦情処理の状況（直近3件）

| 苦情受付年月日 | 苦 情 の 主 な 内 容 |
|---------|---------------|
| 年 月 日 | |
| 年 月 日 | |
| 年 月 日 | |

(2) 事故発生時の対応状況（直近3件）

| 事故発生年月日 | 事 故 等 の 内 容 | 事 故 発 生 等 に 対 す る 具 体 的 対 応 |
|---------|-------------|-----------------------------|
| 年 月 日 | | |
| 年 月 日 | | |
| 年 月 日 | | |