

年度

大津市指定障害児通所支援事業所

【居宅訪問型児童発達支援・保育所等訪問支援】

運営指導事前資料

事業所番号											
法人名											
事業所名											

運営指導日 年 月 日

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					定員		
	所在地	〒 —						
	管理者の氏名				児童発達支援管理責任者の氏名			
	事業所名称							
	サービス種別							
	定員							
	指定年月日							

※ 「併設する」とは、開設者が同じで同一敷地内にあるものをいい、当該施設と公道を挟んで隣接するものを含みます。

3 障害児給付費の請求状況(直近3月)

サービス種別	障害児給付費	年 月			請求分 障害児給付費 請求額	年 月			請求分 障害児給付費 請求額	年 月			請求分 障害児給付費 請求額
		利用 実人員	市外実利 用者数(再 掲)	延べ利用 日数(件 数)		利用 実人員	市外実利 用者数(再 掲)	延べ利用 日数(件 数)		利用 実人員	市外実利 用者数(再 掲)	延べ利用 日数(件 数)	
居宅訪問 型児童発 達支援	本体報酬												
	加算												
	加算												
	加算												
	加算												
	加算												
	加算												
保育所等 訪問支援	本体報酬												
	加算												
	加算												
	加算												
	加算												
	加算												
	加算												

※1 「市外実利用者数」は、実施主体（支給決定）が大津市以外の人数を記入してください。

※2 本体報酬以外に加算等の請求を行っている場合、項目欄にその名称を記載し、件数を記入してください。

4 過誤・返戻の状況(直近3月)

年 月	過誤・返戻額	過誤・返戻の理由
年 月		
年 月		
年 月		