

年度

大津市指定相談支援等事業所
【計画相談支援・障害児相談支援・地域移行支援・地域定着支援】

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	〒 ー						
	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	〒 ー						
	管理者の氏名							
	事業所名称							
	サービス種別							
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 利用者の契約状況(直近月)

* 年 月末日現在 (人)

主な居住場所等 障害種別等	障害児 (18歳未 満)	身体障害	視覚障害	知的障害	精神障害	難病	その他	市外利用者実人数 *再掲
在 宅								
グループホーム (障害福祉サービス)								
障害福祉施設等 (入所施設・療養介護)								
児童福祉施設 (入所施設)								
介護保険施設 (入所施設・ホーム等)								
病 院(療養介護除く)								
その他 ()								
計	0	0	0	0	0	0	0	0

※1 障害が重複している場合は、当該利用者の主な障害種別に計上してください。

※2 視覚障害のみの場合は、「身体障害」ではなく「視覚障害」に計上してください。(再掲しないこと。)

※3 「市外利用者実人数」については、実施主体(支給決定)が大津市以外の利用者がある場合に記入してください。

5 給付費等の請求状況(直近3月)

		相談支援給付費請求件数					
		年 月		年 月		年 月	
サービス種別	項目	大津市	大津市以外	大津市	大津市以外	大津市	大津市以外
計画相談支援	サービス利用支援費						
	継続サービス利用支援費						
	加算						
	加算						
	加算						
障害児相談支援	障害児支援利用援助費						
	継続障害児支援利用援助費						
	加算						
	加算						
	加算						
地域移行支援	地域移行支援サービス費						
	加算						
	加算						
	加算						
	加算						
地域定着支援	地域定着支援サービス費(体制確保費)						
	地域定着支援サービス費(緊急時支援費)						
	加算						
	加算						
	加算						

※1 「市外利用請求件数」は、実施主体（支給決定）が大津市以外の件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。

6 計画の作成等の状況

作成担当者名	計画の作成等の状況

※1 計画の作成及び計画変更の方針、計画作成上の留意点等を具体的に記入して下さい。

※2 モニタリング期間設定の方針、モニタリング実施時の留意点等を具体的に記入して下さい。

7 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) 緊急時・事故発生時の対応状況（直近3件）

事故受付年月日	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		