

移動支援事業の契約に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 -) 石川県 郡・市 町				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)	
	氏名				県 郡・市	
サービス提供管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)	
	氏名					
従業者の職種・員数		ガイドヘルパーもしくは行動援護従事者		※ ガイドヘルパーとは、石川県が実施する行動援護従事者養成研修基礎課程を受講した者、もしくは平成18年9月30日以前にこの研修に準ずる研修(外出支援従事者養成研修、視覚障害者移動介護従事者養成研修、全身性障害者移動介護従事者養成研修、知的障害者移動介護従事者養成研修など)を受講した者など移動支援に必要な研修を受講した者。		
		専従	兼務			
従業者数	常勤(人)					
	非常勤(人)					
主な掲示事項						
営業日						
営業時間						
主たる対象者		特定無し・身体障害者(全身性障害者・視覚障害者)・知的障害者・障害児・精神障害者				
利用料		サービス費の1割・その他				
その他の費用						
通常の事業の実施地域		金沢市・野々市市・白山市・その他()				
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				
添付書類		ガイドヘルパー・行動援護従事者の名簿 名簿に名前のある方が受講した移動支援に関する研修の修了証の写し				

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
3. 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
4. 「その他の費用」欄には、利用者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。
5. 「通常の事業の実施地域」欄には、市区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。