（様式第３号）

事業者の概要

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人の名称 |  | | | | |
| 法人の所在地 | （〒　　　-　　　） | | | | |
| 代表者の  職・氏名 |  | | | 事業開始年月 | 年　　月　　日 |
| 事業所の名称 |  | | | 従業  員数 | 名 |
| 事業所の所在地 | （〒　　　-　　　） | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | （　　　） | | ＦＡＸ  番号 | （　　　） |
| メールアドレス |  | | | | |
| 事業者区分  （いずれかに〇をつけてください） |  | 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律の規定に基づく指定障害福祉サービス事業者  　※指定書（写し）を提出してください | | | |
|  | 介護保険法の規定に基づく指定居宅サービス事業者  　※指定書（写し）を提出してください | | | |
|  | 上記事業者と同等の援助が提供できる者  　※法人の概要等、同等の事業内容がわかる書類を提出してください | | | |
| 提供できる支援  （〇をつけてください） |  | 家事支援 | ア 食事の準備及び後片づけ  イ 衣類の洗濯  ウ 居室等の日常的な掃除、整理整頓  エ 生活必需品の買い物  オ その他必要な家事援助 | | |
|  | 育児支援 | ア 授乳の準備・補助  イ おむつ交換・着替えの介助  ウ 沐浴の補助  エ 母子保健施策・子育て支援施策の情報提供  オ その他必要な育児援助 | | |
| 提供地域  （該当するものに☑をつけてください） | □市内全域　　　□（　　　　　　　　　　　　）地域は不可  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 提供時間  （可能な時間を記入ください） | （　　　：　　　）　～　（　　　：　　　） | | | | |