

## 事 業 者 の 概 要

法人の名称			
法人の所在地	(〒 - - - )		
代表者 職・氏名		事業開始 年月日	年 月 日
事業者の名称		従業員数	名
事業者の所在地	(〒 - - - )		
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○を記入)		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  <u>※指定書（写し）を提出してください</u>	
		介護保険法の規定に基づく指定居宅サービス事業者  <u>※指定書（写し）を提出してください</u>	
		上記事業者と同等の援助が提供できる者  <u>※同等の事業内容がわかる書類を提出してください</u>	
提供できる支援 (○をつけてください)		家事支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・食事の準備及び片付け</li> <li>・食材又は生活必需品等の買い物</li> <li>・居室等の簡単な清掃及び整理整頓</li> <li>・衣類の洗濯</li> <li>・その他必要な家事及び生活環境の整備</li> </ul>
		育児支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家庭が抱える不安や悩みの傾聴</li> <li>・保育所等への送迎</li> <li>・その他、一時的な保育等</li> </ul>