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  年月日 | 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。） |  | 介護保険法の規定に基づく指定居宅サービス事業者  ※指定書の（写し）を提出してください。 | | | |
|  | 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  ※指定書の（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、上記事業者と同等の事業内容がわかる書類を提出してください。その他、必要に応じて追加で資料提出を求める場合があります。 | | | |
| 提供できる支援  （〇をつけてください。） |  | 生活援助  （家事支援） | ア　食事の準備及び後片づけ  イ　洗濯  ウ　掃除  エ　生活必需品の買い物の代行及びサポート  オ　その他必要な家事支援 | | |
|  | 生活援助  （育児・養育支援） | ア　育児のサポート  イ　宿題の見守り  ウ　その他必要な育児・養育支援 | | |
|  | 身体介護 | ア　食事・排泄の介助  イ　衣類やシーツの交換  ウ　その他必要な身体介護 | | |
| 派遣可能時間  （可能な時間を記入してください。） | （　　　：　　　）～（　　　：　　　） | | | | |