札幌市障害福祉サービス事業者等自己点検表

提供するサービス （該当するサービスに〇を記載してください。）		1)居宅介護		2)重度訪問介護		3)同行援護		4)行動援護		5)療養介護		6)生活介護
		7)短期入所		8)重度障害者等包括支援		9)自立訓練(機能訓練)		10)自立訓練(生活訓練)		11)就労選択支援		12)就労移行支援
		13)就労継続支援A型		14)就労継続支援B型		15)就労定着支援		16)自立生活援助		17)介護サービス包括型共同生活援助		18)日中サービス支援型共同生活援助
		19)外部サービス利用型共同生活援助		20)障害者入所施設(施設入所支援)		21)地域移行支援		22)地域定着支援		23)計画相談支援		

事業所(施設)名		
所 在 地		
事業所番号		
法人(設置者)名		
点検年月日	年　　月　　日（　　）	
点 検 者 職名・氏名		
連 絡 先	電話　　（　　）	（その他メールなど）
備　　考	【記入の要領】 ・点検内容を確認し、チェック欄の「適」又は「否」に「〇」を記載してください。 ・該当しない内容については、チェック欄に斜線（／）を付してください。	