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○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）就労移行支援 | 　 | 12）就労継続支援Ａ型 |
| 　 | 13）就労継続支援Ｂ型 | 　 | 14）就労定着支援 | 　 | 15）自立生活援助 | 　 | 16）介護サービス包括型共同生活援助 | 　 | 17）日中サービス支援型共同生活援助 | 　 | 18）外部サービス利用型共同生活援助 |
| 　 | 19）障害者入所施設（施設入所支援） | 　 | 20）地域移行支援 | 　 | 21）地域定着支援 | 　 | 22）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「○」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。 |