島根県地域福祉課石見指導監査室　行（添書不要）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ（０８５５）２９－５５４７

障がい福祉サービス等に関する質問票

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | | |
| 担当者名 |  | 質問日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 電話番号 | （　　　）　　－ | ＦＡＸ番号 | （　　　）　　－ |
|  | | | |
| サービス種別  （該当するものにチェックを入れてください。） | 《障害者総合支援法》  　□居宅介護　□重度訪問介護　□同行援護　□行動援護　□療養介護  　□短期入所　□生活介護　□就労継続支援Ａ型　□就労継続支援Ｂ型  　□就労移行支援　□就労定着支援　□自立訓練（機能訓練）□自立訓練（生活訓練）　□自立生活援助　□施設入所支援　□共同生活援助  □障害者支援施設　□一般相談支援（地域移行支援、地域定着支援）  《児童福祉法》  　□児童発達支援　□居宅訪問型児童発達支援　□放課後等デイサービス　□保育所等訪問支援　□福祉型障害児入所施設　□医療型障害児入所施設  《その他》  　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
|  | | | |
| 質問項目 |  | | |
| 質問内容 |  | | |

※質問は１枚につき１項目としてください。