島根県障がい福祉課　行（添書不要）　　ＦＡＸ（０８５２）２２－６６８７

障がい福祉サービス等に関する質問票

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | 事業所住所 |  |
| 担当者名 |  | 質問日 | 平成　　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）　□計画相談支援《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　□障害児相談支援《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。