

指定障害福祉サービス事業者等現況報告書
(居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護)

※色の付いた部分に入力(記載)願います。

令和 4 年4月1日現在

1 事業所の概要

記入年月日 令和 4 年 4 月 14 日

法人名	社会福祉法人上士幌福寿協会			
法人所在地	河東郡上士幌町字上士幌東2線242番地			
法人電話番号	01564-2-4632			
事業所名称	社会福祉法人上士幌福寿協会指定障害者居宅介護事業所			
事業所所在地	河東郡上士幌町字上士幌東2線242番地			
事業所電話番号	01564-2-3603			
記入者	所属	社会福祉法人上士幌福寿協会指定障害者居宅介護事業所		
	職名	サービス提供責任者	氏名	榊田 洋子
サービスの種別 (有/無)	居宅介護	重度訪問介護	同行援護	行動援護
	有	有	無	無

注 出張所等がある場合は、適宜欄を追加して記入するか、別葉に記載して添付してください。

2 前年度の利用者の状況

別紙1「令和 年度利用者の状況」に記入してください。