

12 自立訓練(機能訓練)サービス

記入者名

電話番号()-()-()

12-(1) 自立訓練(機能訓練)サービスの提供状況

9月中の営業日数

日

※利用者がいない日であっても、事業所として営業していた場合は営業日として数えてください。

1 9月中の利用者あり 2 9月中の利用者なし

↓ 「9月中の利用者あり」の場合、9月中の「利用期間別利用実人員」を記入してください。

利用実人員 (総数：人)	(再掲)利用期間別					
	1年以下	1年超 1年6月以下	1年6月超 2年以下	2年超 2年6月以下	2年6月超 3年以下	3年超

(補問) 「9月中の利用実人員」のうち、「サービス費Ⅰ」「サービス費Ⅱ」別「利用実人員」「利用延人数」を記入してください。

	サービス費Ⅰ(通所)	サービス費Ⅱ(訪問)
利用実人員(人)		
利用延人数(人)		

注：ここでいう「9月中に利用実人員」の計上のしかたは、例えば、同じ利用者(1人)に「サービス費Ⅰ」「サービス費Ⅱ」の各サービスを1回ずつ提供した場合、利用した各サービスに「1人」ずつ計上します。

12-(2) 過去1年間の退所者の状況

過去1年間(平成21年10月1日～平成22年9月30日)に退所した者について、次の退所理由別に人数を記入してください。

退 所 理 由 (人)							
1 就 職	他の障害福祉サービス等を利用(利用先)				6 入 院	7 死 亡	8 そ の 他
	2 就 労 移 行 支 援 事 業 所	3 就 労 継 続 支 援 (A 型) 事 業 所	4 就 労 継 続 支 援 (B 型) 事 業 所	5 そ の 他 の 事 業 所 等			

12-(3) 自立訓練(機能訓練)サービスの従事者数

※利用者がいた場合に対応できる人数を記入してください。換算数は小数点以下第1位まで記入してください。

	サ ー ビ ス 管 理 責 任 者	保 健 師 ・ 看 護 師	理 学 療 法 士 ・ 作 業 療 法 士	生 活 支 援 員	訪 問 支 援 員	そ の 他 の 職 員
常 勤 専 従 (換 算 数 不 要)						
常 勤 兼 務						
常 勤 兼 務 の 換 算 数						
非 常 勤						
非 常 勤 の 換 算 数						

(補問) 「自立訓練(機能訓練)サービス」の従事者のうち、それぞれの資格保有者の人数(実数)を記入してください。1人が複数の資格を有する場合は、それぞれに計上してください。

	社 会 福 祉 士	介 護 福 祉 士	精 神 保 健 福 祉 士
常 勤 の 従 事 者 数 (人)			
非 常 勤 の 従 事 者 数 (人)			

13 自立訓練(生活訓練)サービス

記入者名

電話番号()-()-()

13-(1)退院支援施設の届出

1 届出あり 2 届出なし

9月末日利用者数(人)

13-(2)自立訓練(生活訓練)サービスの提供状況

9月中の営業日数 日

※利用者がいない日であっても、事業所として営業していた場合は営業日として数えてください。

1 9月中の利用者あり 2 9月中の利用者なし

↓ 「9月中の利用者あり」の場合、9月中の「利用期間別利用実人員」を記入してください。

利用実人員 (総数：人)	(再掲)利用期間別					
	1年以下	1年超 1年6月以下	1年6月超 2年以下	2年超 2年6月以下	2年6月超 3年以下	3年超
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(補問) 「9月中の利用実人員」のうち、「サービス費Ⅰ」「サービス費Ⅱ」「サービス費Ⅲ」別「利用実人員」「利用延人数」を記入してください。

	サービス費Ⅰ(通所)	サービス費Ⅱ(訪問)	サービス費Ⅲ(宿泊型自立訓練)
利用実人員(人)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
利用延人数(人)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

注：ここでいう「9月中に利用実人員」の計上のしかたは、例えば、同じ利用者(1人)に「サービス費Ⅰ」「サービス費Ⅱ」「サービス費Ⅲ」の各サービスを1回ずつ提供した場合、利用した各サービスに「1人」ずつ計上します。

13-(3)過去1年間の退所者の状況

過去1年間(平成21年10月1日～平成22年9月30日)に退所した者について、次の退所理由別に人数を記入してください。

退 所 理 由 (人)							
1 就 職	他の障害福祉サービス等を利用(利用先)				6 入 院	7 死 亡	8 そ の 他
	2 就 労 移 行 支 援 事 業 所	3 就 労 継 続 支 援 (A 型) 事 業 所	4 就 労 継 続 支 援 (B 型) 事 業 所	5 そ の 他 の 事 業 所 等			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

13-(4)自立訓練(生活訓練)サービスの従事者数

※利用者がいた場合に対応できる人数を記入してください。換算数は小数点以下第1位まで記入してください。

	サービス 管理責任者	保健師・看護師	生活支援員	訪問支援員	その 他 の 職 員
常 勤 専 従 (換算数不要)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
常 勤 兼 務	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
常 勤 兼 務 の 換 算 数	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
非 常 勤	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
非 常 勤 の 換 算 数	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(補問) 「自立訓練(生活訓練)サービス」の従事者のうち、それぞれの資格保有者の人数(実数)を記入してください。
1人が複数の資格を有する場合は、それぞれに計上してください。

	社会福祉士	介護福祉士	精神保健福祉士
常 勤 の 従 事 者 数 (人)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
非 常 勤 の 従 事 者 数 (人)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>