**2020年版　枚方市訪問介護事業者情報**

**法人名：**

**事業所名：**

1. **「訪問介護」以外に併設機関がありますか。ある事業所は下記にご記入ください。**

**□ある　　　　　□ない ※あると答えられた事業所は下記に☑ください**

**□サービス付高齢者住宅　 □夜間対応型訪問介護 □小規模多機能型居宅介護**

**□定期巡回・随時対応型訪問介護看護 □居宅介護支援**

**□その他（　　　　　　　　　　）**

1. **「総合事業」についてお聞きしています。ある事業所は下記にご記入ください。**

**予防訪問（訪問型独自）サービス　□している　□していない**

**生活援助訪問事業　　　　　　　　□している　□していない**

**活動移動支援事業　　　　　　　　□している　□していない**

**通院等移動支援事業　　　　　　　□している　□していない**

1. **24時間サービスの提供はしていますか。**

**□対応しており条件なし　□対応しているが条件あり　□対応していない**

**（条件等：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

1. ***医療系のサービス（喀痰吸引等）のサービスの提供はしていますか。***

**□対応しており条件なし　　□対応しているが条件あり　□対応していない**

**（条件等：　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　）**

1. **障がい福祉のサービスの提供はしていますか。**

**□居宅介護　　□重度訪問介護　　□同行援護　　　□生活介護**

**□移動支援　　□通学支援　　　　□日中一時支援　□就労支援（　　 　）**

**□その他（ 　 　　　）**

1. **その他のサービスの提供はしていますか。**

**□枚方市ひとり親家庭等日常生活支援事業　　□枚方市多胎児育児支援事業**

**□枚方市育児支援家事援助事業　　□その他（ 　　　）**

**掲載の参考 　例**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **法人名** |  | | | |
| **事業所名** | **フリガナ** | | |  |
|  | | |
| **事業開始年月日** | **西暦　　　　　　年（平成　・ 令和　　　年） 　　　月　 　　日** | | | |
| **事業所住所** | **〒573-**  **枚方市** | | | |
| **電話番号** |  | **ＦＡＸ番号** |  | |
| **メールアドレス** | **Ｅ-ｍail :** | | | |
| **ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞｱﾄﾞﾚｽ** | **URL:** | | | |
| **お問合せ担当者** | **（役職：　　　　　　　　　）** | | | |  |
| **介護保険サービス** | **□訪問介護　　□サービス付高齢者住宅　 □夜間対応型訪問介護 □居宅介護支援**  **□小規模多機能型居宅介護　　　　　□定期巡回・随時対応型訪問介護看護**  **□予防訪問（訪問型独自）サービス　□生活援助訪問事業**  **□活動移動支援事業　　　　　　　　□通院等移動支援事業**  **□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** | | | |
| **障がい福祉**  **サービス** | **□居宅介護　　□重度訪問介護　　□同行援護　　 　 □生活介護**  **□移動支援　　□通学支援　　　　□日中一時支援　 □就労支援（　　　　） □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** | | | |
| **介護保険、障がい福祉以外のサービス** | **□自費サービス（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**  **□枚方市ひとり親家庭等日常生活支援事業　　□枚方市多胎児育児支援事業**  **□枚方市育児支援家事援助事業　　□その他（ 　　　）** | | | |
| **職員数** | **サービス提供責任者　　 　名（男性　　　名・女性　　　　名）**  **ヘルパー　　　　 　　　　名（男性　　　名・女性　　　　名）** | | | |
| **ｻｰﾋﾞｽ提供日・時間** |  | | | |
| **事業所の特徴・ＰＲ・写真等（自由欄）** | | | | |

**※ 書式、レイアウト、写真、図等は自由です。A4サイズで作成ください。**

**※ ご提出は、データでお願いします。**

**※ 既にご提出いただいた事業所で、内容に変更等がございましたら、新しいものを事務局に**

**5月31日までご提出ください（差し替えいたします）。**