（様式第１－３号の別紙）

**障害者総合支援法および介護保険法で既に指定を受けている事業について**

障害者総合支援法および介護保険法で既に指定を受けている事業を記載してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 法律の名称 | サービス種類（障害種別） | 事業所・施設名 | 指定年月日 | 指定事業所番号（左詰めで記載） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

【記載例】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 障害者総合支援法 | 居宅介護・重度訪問介護 | ○○ヘルパーステーション | 平成18年10月1日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 障害者総合支援法 | 生活介護 | ●●デイサービス | 平成19年4月1日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 介護保険法 | 訪問介護 | △△ヘルパーステーション | 平成15年4月1日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |