

|          |                                   |        |          |      |      |     |              |     |     |     |     |
|----------|-----------------------------------|--------|----------|------|------|-----|--------------|-----|-----|-----|-----|
| 法人名      | 社会福祉法人 広川町社会福祉協議会                 |        |          |      |      |     |              |     |     |     |     |
| 事業所名     | 社会福祉法人 広川町社会福祉協議会                 |        |          |      |      |     |              |     |     |     |     |
| 住所       | 〒834-0115 八女郡広川町大字新代2165-1        |        |          |      |      |     |              |     |     |     |     |
| TEL      | 0943-32-7071                      |        |          | FAX  |      |     | 0943-32-5530 |     |     |     |     |
| サービス内容   | ※実施事業に「○」を記入してください。               |        |          |      |      |     |              |     |     |     |     |
|          | 居宅介護                              | 重度訪問介護 | 同行援護     | 移動支援 | 行動援護 |     |              |     |     |     |     |
|          | ○                                 | ○      |          |      |      |     |              |     |     |     |     |
| 職員構成     | 職員数                               |        | 男性       | 女性   |      |     |              |     |     |     |     |
|          |                                   |        | 2名       | 7名   |      |     |              |     |     |     |     |
|          | ※専門職について(記載がないものは追記してください)        |        |          |      |      |     |              |     |     |     |     |
|          | 看護師                               | 介護福祉士  | 初任者研修者以上 |      |      |     |              |     |     |     |     |
|          |                                   | 3名     | 6名       |      |      |     |              |     |     |     |     |
| サービス提供地域 | 広川町、八女市、筑後市、久留米市の一部               |        |          |      |      |     |              |     |     |     |     |
| サービス提供時間 | 6:00~22:00(元旦及び1月2日 休日)           |        |          |      |      |     |              |     |     |     |     |
| サービス提供曜日 | 月~金                               |        |          |      |      |     |              |     |     |     |     |
| 法外援護サービス |                                   |        |          |      |      |     |              |     |     |     |     |
| 居宅介護     |                                   |        |          |      |      |     |              |     |     |     |     |
| 利用者構成    | ※主な対象障害に「◎」、対応可能な障害に「○」を記入してください。 |        |          |      |      |     |              |     |     |     |     |
|          | 障害種別                              | 身体障害   | 知的障害     | 精神障害 | 発達障害 | 高次脳 | 重症心身         | 難病  |     |     |     |
|          |                                   | ◎      | ◎        | ◎    |      |     |              | ◎   |     |     |     |
|          | ※年齢構成は該当者があれば「○」を記入してください。        |        |          |      |      |     |              |     |     |     |     |
|          | 年齢/性別                             | 就学前    | 小学       | 中学   | 高校   | 18~ | 20代          | 30代 | 40代 | 50代 | 60代 |
|          | 男性                                |        |          |      |      |     |              |     | ○   | ○   |     |
|          | 女性                                |        |          |      |      |     |              |     |     |     | ○   |
|          | ○利用者の条件等があればお書きください               |        |          |      |      |     |              |     |     |     |     |
| アピールポイント |                                   |        |          |      |      |     |              |     |     |     |     |
| 重度訪問介護   |                                   |        |          |      |      |     |              |     |     |     |     |
| 利用者構成    | ※年齢構成は該当者があれば「○」を記入してください。        |        |          |      |      |     |              |     |     |     |     |
|          | 年齢/性別                             | 就学前    | 小学       | 中学   | 高校   | 18~ | 20代          | 30代 | 40代 | 50代 | 60代 |
|          | 男性                                |        |          |      |      |     |              |     |     |     |     |
|          | 女性                                |        |          |      |      |     |              |     |     |     |     |
|          | ○利用者の条件等があればお書きください               |        |          |      |      |     |              |     |     |     |     |
| アピールポイント |                                   |        |          |      |      |     |              |     |     |     |     |

同行援護

—未実施—

移動支援

—未実施—

行動援護

—未実施—