

事業者の概要

法人の名称				
法人の所在地	(〒 - - -)			
代表者の職・氏名			事業開始年月	年 月 日
事業所の名称			従業員数	名
事業所の所在地	(〒 - - -)			
連絡先	電話番号	()	FAX番号	()
メールアドレス				
事業者区分 (いずれかに○をつけてください)		介護保険法の規定に基づく指定居宅サービス事業者		
		障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律の規定に基づく指定障害福祉サービス事業者		
		事業の運営及び適切な事業実施が確保できる社会福祉法人等		
		妊娠婦や乳幼児等のいる家庭での家事又は育児支援の実績が2年以上ある者(以下、当てはまるものに○をつけてください) () 公益社団法人全国保育サービス協会に加盟している () 資格を有する者による相談体制をもって事業を実施している		
提供できる支援 (○をつけてください)	ア 食事の準備及び後片づけ イ 衣類の洗濯 ウ 居室等の日常的な掃除、整理整頓 エ 生活必需品の買い物 オ その他必要な家事援助 カ 授乳 キ 食事介助(離乳食を含む) ク 授乳、食事の準備(配膳)・補助(調乳や後片付け) ケ おむつ交換・着替えの介助 コ 淋浴 サ 淋浴の補助(淋浴の準備、淋浴後の児の受け取り、身体拭き、着替え) シ 入浴介助 ス 児童の見守り、宿題の見守り、遊び相手 セ 保育所等の送迎(徒歩もしくは公共交通機関利用) ソ 外出時の補助(通院、公的手続きの補助等) タ その他必要な育児援助			
提供可能地域 (該当するものに□をつけてください)	<input type="checkbox"/> 上尾地区 <input type="checkbox"/> 平方地区 <input type="checkbox"/> 原市地区 <input type="checkbox"/> 大石地区 <input type="checkbox"/> 上平地区 <input type="checkbox"/> 大谷地区			

提供可能日時 (該当するものに☑を つけ、時間を記入してく ださい)	<input type="checkbox"/> 月～金 () 時 () 分 ~ () 時 () 分 <input type="checkbox"/> 土 () 時 () 分 ~ () 時 () 分 <input type="checkbox"/> 日 () 時 () 分 ~ () 時 () 分 <input type="checkbox"/> 祝日 () 時 () 分 ~ () 時 () 分
支援提供体制等	<ul style="list-style-type: none"> ・本市に派遣できる訪問支援員の数 () 人) ・子育て世帯に対する訪問支援の経験について (有 無) ・市が開催する研修の受講協力について (可 不可) ・同一家庭に対して原則同一の訪問支援員の派遣 (可 不可) ・発達特性のある児童（発達障がい児等（医療的ケア児を除く））への対応 (可 不可) ・事業者における救命（心肺蘇生法、AED 等）研修の定期的な受講の有無 (有 無)