

配食サービス事業者通報件数報告書

年 月 日

(あて先)名古屋市長

事業者名

事業者番号 ( )

次のとおり配食サービス事業における緊急連絡先等への通報件数を報告します。

		提供人数	提供回数	緊急連絡件数	救急等関係機関への緊急連絡件数(再掲)
年 月分	生活援助(介護)	人	回	件	件
	自立支援型(総合)	人	回	件	件
	障害者自立	人	回	件	件
年 月分	生活援助(介護)	人	回	件	件
	自立支援型(総合)	人	回	件	件
	障害者自立	人	回	件	件
年 月分	生活援助(介護)	人	回	件	件
	自立支援型(総合)	人	回	件	件
	障害者自立	人	回	件	件
年 月分	生活援助(介護)	人	回	件	件
	自立支援型(総合)	人	回	件	件
	障害者自立	人	回	件	件
年 月分	生活援助(介護)	人	回	件	件
	自立支援型(総合)	人	回	件	件
	障害者自立	人	回	件	件
年 月分	生活援助(介護)	人	回	件	件
	自立支援型(総合)	人	回	件	件
	障害者自立	人	回	件	件
合計	生活援助(介護)	人	回	件	件
	自立支援型(総合)	人	回	件	件
	障害者自立	人	回	件	件

【記入方法】

- ・毎年2回、通報件数を報告してください。4月～9月分を10月中、10月～翌3月分を翌4月中に提出。
- ・「提供人数」は月末時点の利用人数、「緊急連絡件数」には、本人と連絡を取ることができない場合などに緊急連絡先等(ケアマネージャー、いきいき支援センター、障害者地域生活支援センターを含む)へ連絡を取ったときに1件として計上してください。(一人の提供者について、複数の連絡先に連絡をとった場合でも1件として計上)
- ・「救急等関係機関への緊急連絡件数(再掲)」には、「緊急連絡件数」に計上したうち、あらかじめ指定した緊急連絡先以外の消防や救急等の関係機関に連絡を取った件数を計上してください。

【提出先】

〒460-8508 名古屋市中区三の丸三丁目1-1 健康福祉局介護保険課宛  
 TEL 972-3487 fax 972-4147 メール:a3487@kenkofukushi.city.nagoya.lg.jp