チェックシートの結果記入票

※１市町村につき１枚ご記入ください

３枚目

|  |  |
| --- | --- |
| 市町村名 | （どの市町村についての情報かをご記入ください） |
| チェックシートの結果記号を書いてください  《 》 | 【１】通学利用を認める条件 番 【２】通勤利用を認める条件 番 |
| 自由記述によるご回答をご記入ください。 |
| 回答者名 |  |
| 所属組織名 |  |
| 所在地 |  |
| **TEL**／**FAX** |  |
| メールアドレス |  |

移動支援事業以外に、障がい児者の通学通勤に利用できる制度がある場合は、関係する資料を添付してください。

## 事業所に関する情報シート

３枚目と一緒にご提出ください

#### ４枚目

■移動支援事業の実施事業所の場合は、以下にご記入ください

|  |  |
| --- | --- |
| 種 別 |  |
| 年間利用時間数 |  |
| 主な利用の内容 |  |
| 利用者数 | 延べ人数 実利用者数 |

■県域の当事者団体等の場合は、把握している範囲で下記をご記入ください

＜返送先＞

|  |  |
| --- | --- |
| 行動援護の事業所数 |  |
| 同行援護の事業所数 |  |
| 居宅介護の事業所数のうち、通院等乗降介助を実施 |  |
| 重度訪問介護の事業所数 |  |

ＮＰＯ法人 全国移動サービスネットワーク（全国移動ネット）

〒156-0055 東京都世田谷区船橋1－1－2

山﨑ビル204

TEL: 03-3706-0626

FAX: 03-3706-0661

[E-mail:info@zenkoku-ido.net](mailto:info@zenkoku-ido.net)