

受付番号 センター記入欄	
-----------------	--

選定基準確認票

1 (共同実施)事業所

※	事業所名		所在地	代表者氏名・印	運営主体
A				印	
B				印	
C				印	
D				印	
E				印	

(1) 共同実施の場合には、代表となる事業所のアルファベットを○印で囲んでください。

(2) 共同実施の場合には、「3 受託業務の作業体制」欄の従事者の「所属事業所」に、※欄のA～Eを記入してください。

2 地方自治法施行令第167条の2第1項第3号に該当の確認

障害者支援施設等のいずれに該当するか、アからエまでを○で囲む。	ア 障害者総合支援法第5条第11項に規定する障害者支援施設である。
	イ 障害者総合支援法第5条第28項に規定する地域活動支援センターである。
	ウ 障害者総合支援法第5条第1項に規定する障害福祉サービス事業(同条第7項に規定する生活介護、同条第14項に規定する就労移行支援又は同条第15項に規定する就労継続支援を行う事業に限る。)を行う施設である。
	エ 障害者基本法第2条第1号に規定する障害者の地域社会における作業活動の場として同法第18条第3項の規定により必要な費用の助成を受けている小規模作業所である。

3 受託業務の作業体制

受託業務の作業体制	(1) 従事する予定の業務従事者の状況					
	所属事業所	予定従事者	年齢	障害種別	障害程度	就労に向けた課題
		A				
		B				
		C				
		D				
		E				
(2) 年間を通じた体制の確保方法(年間を通じた業務遂行の可能性・緊急時の対応)						

〔注〕 記入欄が不足する場合は、欄を拡大するか別紙に記載するようにしてください。