

目次（クリックするとシートに飛びます）

付 表			
サービス名	様式	サービス名	様式
居宅介護	付表 1	自立訓練（生活訓練）	付表 1 0
	付表 1 - 2		付表 1 0 - 2
	付表 1 - 3	就労移行	付表 1 1
療養介護	付表 2		付表 1 1 - 2
	生活介護	付表 3	就労継続支援（A・B）
付表 3 - 2		付表 1 2 - 2	
付表 3 - 3		（多機能型の場合、付表 1 ～ 1 2 に加えて提出）	付表 1 3
短期入所	付表 5		付表 1 3 - 2
	付表 5 - 2	一般相談支援	付表 1 4
重度障害者包括支援	付表 6		付表 1 4（別紙）
	共同生活援助	付表 7	特定相談支援
付表 7 - 2		付表 1 5（別紙）	
障害者支援施設	付表 8	付表 1 5（記載例）	
	付表 8 - 2	付表 1 5（別紙）（記載例）	
	付表 8 - 3	就労定着支援	付表 1 6 - 1
自立訓練（機能訓練）	付表 9		付表 1 6 - 2
	付表 9 - 2	自立生活援助	付表 1 7

参考様式等	
サービス名	様式
全サービス共通	勤務形態一覧表（参考様式 1）
	組織体制図（記入例 1）
下 2 種類以外の福祉サービス	誓約書（参考様式 1 1）
特定相談支援	誓約書（参考様式 1 2）
障害児相談支援	誓約書（参考様式 1 3）

付表1 居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護事業所等の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ 名称											
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡・市										
	連絡先	電話番号					FAX番号					
管理者	フリガナ					住所	(郵便番号 -) 県 郡・市					
	氏名					住所						
	居宅介護従業者等との兼務の有無					有 ・ 無						
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合記入)		事業所等の名称			兼務する職種及び勤 務時間等	職種			勤務時間	～	
						その他						
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等											第 条 第 項 第 号	
サービス 提供責任者	フリガナ 氏名					住所	(郵便番号 -)					
従業者の職種・員数		居宅介護等従業者		その他の従業者								
		専従	兼務	専従	兼務							
従業者数	常勤(人)											
	非常勤(人)											
常勤換算後の人数(人)												
基準上の必要人数(人)												
主な 揭示 事項	営業日	月	火	水	木	金	土	日	祝	その他年間の休日		
	営業時間	平日	～		土曜	～		日曜	～		祝日	～
		備考										
	サービス内容	居宅介護【身体介護(身体介護・通院介助)・家事援助等(家事援助・通院介助) ・通院等乗降介助】・重度訪問介護・同行援護・行動援護										
	主たる対象者	居宅介護	特定無し・身体障害者・知的障害者・障害児・精神障害者									
		重度訪問介護	特定無し・加算対象者以外									
		同行援護	特定無し・身体障害者・障害児									
		行動援護	特定無し・知的障害者・障害児・精神障害者									
	利用料											
	その他の費用											
通常の事業の実施地域												
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況				している・していない							
	苦情解決の措置概要				窓口(連絡先)				担当者			
	その他											
添付書類	別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、勤務体制・形態一覧表、組織体制図、管理者及びサービス提供責任者の経歴書、(同行援護を行う場合)従業者の実務経験証明書、(行動援護を行う場合)サービス提供責任者及び従業者の実務経験証明書、従業者の資格証等(移動介護に関するものを含む)、平面図、運営規程、利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要、事業所内外の写真、案内図、事業計画書、(通院等乗降介助を行う場合)旅客自動車運送事業の許可書の写し)											

(備考)

- 複数種類のサービスを実施する場合、「サービス内容」欄に複数のサービス種類を記載して本様式1枚にまとめて提出してください。なお、居宅介護の指定と合わせて重度訪問介護の指定を受けようとする場合は重度訪問介護も記載してください。
- 「受付番号」「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 出張所等がある場合は、付表1-2にも記載してください。また、従業者については、本様式中に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
- 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
- 「通常の事業の実施地域」欄には、市町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は適宜地図を添付してください。

付表1-3 居宅介護事業所等の指定に係る記載事項(共生型サービス)

受付番号

事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡・市				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -) 県 郡・市	
	氏名			住所	県 郡・市	
	居宅介護事業従業者等との兼務の有無			有 ・ 無		
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼 務(兼務の場合記入)	事業所等の名称				
		兼務する職種及び 勤務時間等				
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等					第 条 第 項 第 号	
サービス 提供責任者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)
	氏名				住所	
従業者の職種・員数		居宅介護事業従業者		その他の従業者		
		専従	兼務	専従	兼務	
従業者数	常勤(人)					
	非常勤(人)					
常勤換算後の人数(人)						
基準上の必要人数(人)						
主な揭示事項						
営業日						
営業時間						
指定居宅介護等の内容		身体介護・家事援助・通院等乗降介助・日常生活支援・外出介護・行動援護				
主たる対象者	居宅介護	身体障害者・知的障害者・障害児・精神障害者				
	外出介護	身体障害者・知的障害者・障害児・精神障害者				
	行動援護	知的障害者・障害児・精神障害者				
利用料						
その他の費用						
通常の事業の実施地域						
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況		している ・ していない			
	苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者	
	その他					
添付書類		別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表)				

(備考)

- 「受付番号」「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 出張所等がある場合は、付表1-2にも記載してください。また、従業者については、本様式中に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
- 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
- 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は適宜地図を添付してください。
- 共生型居宅介護又は共生型重度訪問介護の申請の場合、以下の書類の提出を省略することができます。
 - 登記事項証明書又は条例等
 - 事業所平面図
 - 管理者及びサービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴
 - 利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要

付表2 療養介護事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ 名称								
	所在地	(郵便番号 ー) 県 郡・市							
	連絡先	電話番号		FAX番号					
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 ー) 県 郡・市				
	氏名								
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼 務(兼務の場合記入)		事業所等の名称 兼務する職種及び 勤務時間等						
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等				第 条 第 項 第 号					
サービス 管理責任者	フリガナ 氏名				住所	(郵便番号 ー)			
従業者の職種・員数		サービス管理責任者		医 師		生活支援員		看護職員	
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)									
基準上の必要人数(人)									
		看護補助者							
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)									
基準上の必要人数(人)									
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)									
基準上の必要人数(人)									
前年度の平均利用者数(人)									
主な揭示事項									
利用定員		人(単位ごとの定員)(① ②)							
基準上の必要定員									
設置部分		多目的室(デイルーム) 有 ・ 無							
利用料									
その他の費用									
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している ・ していない					
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者			
		その他							
添付書類		別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、建物の構造概要及び平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、医療法に規定する医療機関として許可を受けたことが分かる証明書等)							

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
3. 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
4. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
5. 「※兼務」欄には、併設施設との兼務を行う職員について記載してください。

付表3 生活介護事業所の指定に係る記載事項

※1 従たる事業所のある場合は、付表3-2を併せて提出してください。

※2 多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表13を併せて提出してください。

受付番号

施設	フリガナ 名称										
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡・市									
	連絡先	電話番号					FAX番号				
管理者	フリガナ 氏名			住所	(郵便番号 -) 県 郡・市						
	当該生活介護事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)										
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼 務(兼務の場合記入)		事業所等の名称								
			兼務する職種及 び勤務時間等								
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等											
サービス 管理責任者	フリガナ 氏名			住所	(郵便番号 -)						
従業者の職種・員数		医師		サービス管理責任者		看護職員		理学療法士		作業療法士	
		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務	
従業者数		常勤(人)									
		非常勤(人)									
常勤換算後の人数(人)											
基準上の必要人数(人)											
		機能訓練指導員		生活支援員		精神保健福祉士		その他の従業者			
		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務			
従業者数		常勤(人)									
		非常勤(人)									
常勤換算後の人数(人)											
基準上の必要人数(人)											
前年度の平均実利用者 数(人)		施設が申告する障害程度区分の平均値									
		サービス単位		4未満		4以上5未満		5以上			
		サービス単位1									
		サービス単位2									
		サービス単位3									
主な掲示事項											
営業日		単位ごとの営業日									
営業時間		単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く)(① : ~ : ② : ~ :)									
主たる対象者		特定無し		身体障害者							
				細分無し		肢体不自由		視覚障害		聴覚・言語 内部障害	
		知的障害者		精神障害者							
利用定員		人(単位ごとの定員)(① ②)									
基準上の必要定員											
多機能型実施の有無		有 ・ 無									
利用料											
その他の費用											
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している ・ していない							
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)				担当者			
		その他									
協力医療機関		名称				主な診療科名					
添付書類		別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの)									

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
3. 「看護職員」とは保健師、看護師、准看護師のことを言います。
4. 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
5. 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
6. 「※兼務」欄は、施設入所支援事業以外の兼務を行う職員について記載してください。
7. 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

付表3-2 一体的に実施する従たる事業所の指定に係る記載事項

※多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表13を併せて提出してください。

受付番号

施設	フリガナ 名称														
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡・市													
	連絡先	電話番号					FAX番号								
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等												第 条第 項第 号			
サービス 管理責任者	フリガナ 氏名					住所	(郵便番号 -)								
従業者の職種・員数		医師		サービス管理責任者		看護職員		理学療法士		作業療法士					
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務				
従業者数	常勤(人)														
	非常勤(人)														
常勤換算後の人数(人)															
基準上の必要人数(人)															
		機能訓練指導員		生活支援員		精神保健福祉士		その他の従業者							
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務						
従業者数	常勤(人)														
	非常勤(人)														
常勤換算後の人数(人)															
基準上の必要人数(人)															
前年度の平均実利用者数(人)		施設が申告する障害程度区分の平均値													
		サービス単位	4未満			4以上5未満			5以上						
		サービス単位1													
		サービス単位2													
		サービス単位3													
主な掲示事項															
営業日		単位ごとの営業日													
営業時間		単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く)(① : ~ : ② : ~ :)													
主たる対象者		特定無し		身体障害者											
		細分無し	肢体不自由	視覚障害	聴覚・言語	内部障害									
		知的障害者		精神障害者											
利用定員		人(単位ごとの定員)(① ②)													
基準上の必要定員															
多機能型実施の有無		有 ・ 無													
利用料															
その他の費用															
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している ・ していない											
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者									
		その他													
協力医療機関		名称						主な診療科名							
添付書類		別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの)													

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
3. 「看護職員」とは保健師、看護師、准看護師のことを言います。
4. 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
5. 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
6. 「※兼務」欄は、施設入所支援事業以外との兼務を行う職員について記載してください。
7. 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

付表3-3 デイサービス事業所の指定に係る記載事項(共生型サービス)

受付番号

事業所	フリガナ							
	名称	-----						
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡・市						
	連絡先	電話番号				FAX番号		
		メールアドレス						
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -) 県 郡・市			
	氏名							
	当該デイサービス事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)							
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼 務(兼務の場合記入)	事業所等の名称		兼務する職種及び 勤務時間等				
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等							第 条 第 項 第 号	
従業者の職種・員数		指導員		介護職員		その他の従業者		
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	
従業者数	常勤(人)							
	非常勤(人)							
常勤換算後の人数(人)								
基準上の必要人数(人)								
主な揭示事項								
営業日		単位ごとの営業日						
営業時間		単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く)(① : ~ : ② : ~ :)						
利用定員		人(単位ごとの定員)(① ②)						
主たる対象者		身体障害者・知的障害者 (障害者デイサービスの場合のみ)						
利用料								
その他の費用								
指定デイサービスの内 容・事業の実施類型		基本型(I・II)	ア 給食サービス	イ 入浴サービス	ウ 送迎サービス			
通常の事業の実施地域								
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している・していない				
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者		
		その他						
添付書類		別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表)						

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
3. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
4. 「その他の費用」欄には、入浴に係る光熱水費、食事の提供に要する費用、創作的活動に係る材料費等について記載してください。
5. 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は適宜地図を添付してください。
6. 共生型生活介護の申請の場合、以下の書類の提出を省略することができます。
 - (1) 登記事項証明書又は条例等
 - (2) 事業所の平面図及び概要
 - (3) 管理者及びサービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴
 - (4) 利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要

付表5 短期入所事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ 名称														
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡・市													
	連絡先	電話番号					FAX番号								
管理者	フリガナ 氏名				住所	(郵便番号 -) 県 郡・市									
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合記入)			事業所等の名称 兼務する職種及び 勤務時間等											
	事業所の種別	併設型・空床型(単独型)			併設型 の場合	利用定員数(人) 前年度の平均入所者数(人)									
併設(本体)施設		名称													
施設種別等		併設(本体)施設の入所者の定員(人)													
単独型事業所の居室		1室の最大定員(人)				入所者1人あたりの最小床面積								m ²	
従業者の職種 ・員数(人)		サービス 管理責任者		医師		看護職員						心理判定員			
		専従 ※兼務		専従 ※兼務		合計		保健師		看護師		准看護師		専従 ※兼務	
		従業者数		常勤(人)											
		非常勤(人)													
		常勤換算後の人数(人)													
基準上の必要人数(人)															
従業者の職種 ・員数(人)		職能判定員		理学療法士等				あん摩マッ サージ指圧師		生活支援員					
		専従 ※兼務		専従 ※兼務		合計		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員		専従 ※兼務	
		従業者数		常勤(人)											
		非常勤(人)													
		常勤換算後の人数(人)													
基準上の必要人数(人)															
従業者の職種 ・員数(人)		職業指導員		就労支援員		介護職員		児童指導員		保育士		精神保健福祉士		その他の従業者	
		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務	
		従業者数		常勤(人)											
		非常勤(人)													
		常勤換算後の人数(人)													
基準上の必要人数(人)															
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等													第 条 第 項 第 号		
主な揭示事項															
主たる対象者		特定無し・身体障害者・知的障害者・障害児・精神障害者													
利用料															
その他の費用															
その他参考となる事 項		第三者評価の実施状況				している・していない									
		苦情解決の措置概要				窓口(連絡先)				担当者					
		その他													
協力医療機関		名称			主な診療科名										
添付書類		別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、建物の構造概要及び平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約の内容がわかるもの)													

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
3. 新設の場合には、「前年度の平均入所者数」欄は推定数を記入してください。
4. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
5. 「※兼務」欄には、本体施設との兼務を行う職員について記載してください。
6. 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

付表5-2 短期入所事業所の指定に係る記載事項(共生型サービス)

受付番号

事業所	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡・市								
連絡先	電話番号				FAX番号					
	メールアドレス									
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)					
	氏名				県 郡・市					
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼 務(兼務の場合記入)	事業所等の名称		兼務する職種及び 勤務時間等						
空床型・併設型の別	空床型・併設型	本体施設の種別・名称・定員					人			
併設の利用定員数		人			短期入所利用者数	人(推定数を記入)				
前年度平均入所者数	空床型の場合			人						
	併設型の場合			人						
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等					第 条 第 項 第 号					
従業者の職種・員数		医師		看護師		心理判定員		職能判定員		
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	
従業者数	常勤(人)									
	非常勤(人)									
常勤換算後の人数(人)										
基準上の必要人数(人)										
従業者数		職業指導員		生活支援員		栄養士		作業療法士		
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	
従業者数	常勤(人)									
	非常勤(人)									
常勤換算後の人数(人)										
基準上の必要人数(人)										
従業者数		あん摩マッサージ指圧師		精神保健福祉士		その他の従業者				
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務			
従業者数	常勤(人)									
	非常勤(人)									
常勤換算後の人数(人)										
基準上の必要人数(人)										
主な揭示事項										
指定短期入所の内容		宿泊を伴うもの・日中受入								
主たる対象者		身体障害者・知的障害者・障害児・精神障害者								
利用料										
その他の費用										
通常の送迎の実施地域										
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況			している・していない					
		苦情解決の措置概要			窓口(連絡先)		担当者			
		その他								
協力医療機関		名称			主な診療科名					
添付書類		別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、建物の構造概要及び平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約の内容がわかるもの)								

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
 2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
 3. 「併設の利用定員数」欄には、併設事業所の定員を記載してください。
 4. 新設の場合には、「前年度平均入所者数」欄は推定数を記入してください。
 5. 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
 6. 「※兼務」欄には、本体施設との兼務を行う職員について記載してください。
 7. 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
 8. 「通常の送迎の実施地域」については、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は適宜地図を添付してください。
9. 共生型短期入所の申請の場合、以下の書類の提出を省略することができます。
- (1) 登記事項証明書又は条例等
 - (2) 事業所の平面図及び概要
 - (3) 管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴
 - (4) 利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要
 - (5) 協力医療機関との契約の内容がわかるもの

付表6 重度障害者等包括支援事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ 名 称			
	所在地	(郵便番号 —) 県 郡・市		
	連絡先	電話番号	FAX番号	メールアドレス
管理者	フリガナ			(郵便番号 —)
	氏 名	住所	県 郡・市	
	サービス提供責任者との兼務の有無		有 ・ 無	
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	事業所等の名称	兼務する職種及び勤務時間等	
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等				第 条 第 項 第 号
サービス提供責任者	フリガナ 氏 名	住所	(郵便番号 —)	
事業所の体制		種 類	事業所名	事業所番号
他に指定を受けている障害福祉サービス等				
委託による提携事業所		種 類	事業所名	事業所番号
協力医療機関		名 称	主な診療科名	
利用者からの連絡対応体制の概要				
主な揭示事項				
主たる対象者		特定無し ・ I 類型 ・ II 類型 ・ III 類型		
利用者数		人		
利用料				
その他の費用				
通常の事業の実施地域				
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況	している ・ していない	
		苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)	担当者
		その他		
添付書類		別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表)		

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
3. 「他に指定を受けている障害福祉サービス」欄には、重度障害者等包括支援以外に指定を受けているものについて記載してください。重度包括支援と同時に指定を受けようとする場合は事業所番号の記載は不要です。
4. 第三者に委託して障害福祉サービスを提供する場合は、予定している事業所を「委託による提携事業所」に記載してください。なお、指定事業所でない場合は事業所番号の記載は不要です。
5. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
6. 「主たる対象者」欄については、気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理を行っている身体障害者を対象とする場合は「I 類型」、最重度知的障害者を対象とする場合は「II 類型」、行動関連項目等の合計点数が15点以上である者を対象とする場合は「III 類型」を選択してください。特定しない場合は「特定無し」を選択してください。
7. 「利用者数」欄には、当該事業所において提供できる利用者の数を記載してください。
8. 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
9. 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は適宜地図を添付してください。

付表7 共同生活援助事業所(グループホーム)の指定に係る記載事項 (その1)

受付番号

主たる事業所	フリガナ							
	名称							
	所在地	(郵便番号 -)						
		県 郡・市						
連絡先	電話番号				FAX番号			
	メールアドレス							
サービスの提供形態(該当部分に○)	介護サービス包括型			生活支援員の業務の外部委託の予定			有(月 時間)・無し	
	日中サービス支援型			生活支援員の業務の外部委託の予定			有(月 時間)・無し	
	外部サービス利用型			受託居宅介護サービス事業者が事業を行う事業所の名称及び所在地並びに当該事業者の名称及び所在地			別紙のとおり	
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等				第 条 第 項 第 号				
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)		
	氏名					県 郡・市		
	当該事業所で兼務する他の職務(兼務の場合記入)							
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)		事業所等の名称					
		兼務する職種及び勤務時間等						
利用定員数		人						
サービス管理責任者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)		
	氏名					県 郡・市		
従業者の職種・員数		サービス管理責任者		世話人		生活支援員		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
従業者数	常勤(人)							
	非常勤(人)							
常勤換算後の人数(人)								
基準上の必要人数(人)								
障害者支援施設等との連携体制等	連携施設の種別・名称							
	支援体制の概要							
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況		している・していない					
	苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)			担当者		
	その他参考となる事項							
協力医療機関		名称			主な診療科名			
協力歯科医療機関		名称						
添付書類		別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、共同生活住居の構造概要及び平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、協議会等への報告・協議会からの評価等に関する措置の概要、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの)等						

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
3. 「その他費用」欄には、入居者が負担することとなる経費(家賃、光熱水費、食材料費、日用品費等)について記載してください。
4. 主たる事業所とは、複数の共同生活住居がある場合、当該事業所からいずれの共同生活住居に対して、概ね30分程度で移動可能な範囲にある事業所をいう。

付表8 障害者支援施設の指定に係る記載事項

受付番号

施設	フリガナ 名称											
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡・市										
	連絡先	電話番号					FAX番号					
管理者	フリガナ					住所	(郵便番号 -) 県 郡・市					
	氏名											
屋間実施サービスの定員(人)												
合計		介護給付対象者		訓練等給付対象者		特定旧法受給者		定員緩和措置の有無			有・無	
施設入所支援の定員(人)								他の社会福祉施設との併設の有無			有・無	
併設施設の定員(人)								併設施設の種別				
従業者の職種・員数(人)		サービス管理責任者		医師		看護職員						
		専従 ※兼務		専従 ※兼務		合計		保健師		看護師		准看護師
従業者数	常勤(人)											
	非常勤(人)											
常勤換算後の人数(人)												
従業者数		理学療法士等				生活支援員						
		合計		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員		合計		通所
従業者数	常勤(人)											
	非常勤(人)											
常勤換算後の人数(人)												
従業者数		職業指導員		兼教官		就労支援員		栄養士		その他の従業者		
		合計		右記以外		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務		
従業者数	常勤(人)											
	非常勤(人)											
常勤換算後の人数(人)												
主な掲示事項												
主たる対象者		無し		身体障害者								
				細分無し		肢体不自由		視覚障害		聴覚・言語		内部障害
その他参考となる事項		知的障害者		精神障害者								
第三者評価の実施状況				している・していない								
苦情解決の措置概要				窓口(連絡先)				担当者				
その他												
協力医療機関		名称				主な診療科名						
協力歯科医療機関		名称										
添付書類		別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、建物の構造概要及び平面図、経歴書、運営規程、入所者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの)										

(備考)

- 「受付番号」欄には、記載しないでください。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別業に記載した書類を添付してください。
- 屋間に複数の施設障害福祉サービスを実施する場合、「屋間実施サービスの定員」欄には、給付の種類ごとに定員の合計数を記載してください。
- 施設入所支援に複数のサービス単位を設ける場合、「施設入所支援の定員」欄には、定員の合計数を記載してください。
- 「定員緩和措置の有無」欄は、指定基準省令第9条第2項に基づく利用定員緩和措置の適用の有無について記載してください。
- 「従業員の職種・員数」欄には、職種ごとに、屋間実施サービスの従事者(付表8その3のⅠ及びⅡ欄に記載した職員)の合計数を記載してください。
- 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。

付表8-2 昼間実施サービス及び施設入所支援に係る記載事項

受付番号

施設名								
昼間実施サービスの種類	生活介護		自立訓練 (機能訓練)	自立訓練 (生活訓練)	就労移行支援 (通常)	就労移行支援 (あはき)	就労継続支援 (A型)	就労移行支援 (B型)
	サービス単位							
	有		無					
	実施する事業							
前年度の平均実利用者数(人)								
昼間多機能の実施		有 ・ 無		昼間の総定員数(人)				
生活介護を行う場合のみ			施設が申告する障害支援区分の平均値					
			4未満		4以上5未満		5以上	
前年度の平均実利用者数(人)	サービス単位1							
	サービス単位2							
	サービス単位3							
施設入所支援	前年度の平均実利用者数(人)		サービス単位1					
			サービス単位2					
			サービス単位3					
設備基準上の数値記載項目等								
						基準上の必要値		
居室	1室の最大定員			人	人以下			
	入所者1人あたりの最小床面積			㎡	㎡			
廊下	廊下の幅			m	m			
	中廊下の幅			m	m			
既存施設からの移行の場合								
既存施設名								
施設種別								
経過措置			有 ・ 無					
特定旧法受給者数(人)								
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等								
短期入所の実施			有 ・ 無		第 条第 項第 号			
主な揭示事項								
営業日								
営業時間								
利用料								
その他の費用								
通常の事業の実施地域								
その他								

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要値」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
3. 「昼間実施サービスの種類」欄は、実施するサービスについて、該当欄に○を記入してください。
3. 新設の場合には、「前年度の平均実利用者数」欄は推定数を記入してください。
4. 既存の障害者施設からの移行の場合で、指定基準省令附則の規定の適用を受ける場合には、「経過措置」欄の「有」に○をつけてください。
5. 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
6. 「通常の事業の実施地域」については、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は適宜地図を添付してください。

付表8-3 従業員の職種・員数に係る記載事項

____ 枚中 ____ 枚目

受付番号

施設名		従業員の職種・員数											
I 生活介護(サービス単位__) 自立訓練(機能訓練) 自立訓練(生活訓練)		サービス管理責任者		医師		看護職員							
		専従	※兼務	専従	※兼務	合計		保健師		看護師		准看護師	
従業者数	常勤(人)												
	非常勤(人)												
常勤換算後の人数(人)													
基準上の必要人数(人)													
		理学療法士等						生活支援員		その他の従業者			
		合計		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員		専従	※兼務	専従	※兼務
従業者数	常勤(人)												
	非常勤(人)												
常勤換算後の人数(人)													
基準上の必要人数(人)													
II 就労移行支援 就労継続支援		サービス管理責任者		職業指導員				就労支援員					
		専従	※兼務	専従	※兼務	合計		右記以外		兼教官		専従	※兼務
従業者数	常勤(人)												
	非常勤(人)												
常勤換算後の人数(人)													
基準上の必要人数(人)													
		生活支援員						その他の従業者					
		合計		通所		訪問		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
従業者数	常勤(人)												
	非常勤(人)												
常勤換算後の人数(人)													
基準上の必要人数(人)													
III 施設入所支援 (サービス単位__)		サービス管理責任者		生活支援員		栄養士		その他の従業者					
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
従業者数	常勤(人)												
	非常勤(人)												
常勤換算後の人数(人)													
基準上の必要人数(人)													

(備考)

- 「受付番号」「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
- 当該施設が実施する障害福祉サービスごと(生活介護及び施設入所支援はサービス単位ごと)に、従事する職員数を記載し、I～III欄は、それぞれ実施する障害福祉サービス名に○をつけてください。
- 複数のサービス単位を設ける場合など、記入欄が不足する場合には、複数枚に分けて記載して下さい。
- 「※兼務」欄は、2以上の障害福祉サービス等を兼務する職員について記載してください。

付表9 自立訓練(機能訓練)事業所の指定に係る記載事項

※1 多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表13を併せて提出してください。

※2 従たる事業所のある場合は、付表9-2を併せて提出してください。

受付番号

施設	フリガナ 名 称											
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡・市										
	電話番号						FAX番号					
	メールアドレス											
管理者	フリガナ						住所	(郵便番号 -) 県 郡・市				
	氏 名											
	当該自立訓練事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)											
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼 務(兼務の場合記入)	事業所等の名称										
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等											第 条第 項第 号	
訪問事業の実施の有無		有 ・ 無										
サービス 管理責任者	フリガナ						住所	(郵便番号 -)				
	氏 名											
従業者の職種・員数		サービス管理責任者		看護職員		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
従業者数	常勤(人)											
	非常勤(人)											
常勤換算後の人数(人)												
基準上の必要人数(人)												
		歩行訓練士		生活支援員		訪問支援員		その他の従業者				
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務			
従業者数	常勤(人)											
	非常勤(人)											
常勤換算後の人数(人)												
基準上の必要人数(人)												
前年度の平均利用者数(人)												
主な掲示事項												
営業日												
営業時間												
主たる対象者		特定無し		身体障害者								
				細分無し	肢体不自由	視覚障害	聴覚・言語	内部障害				
		知的障害者		精神障害者								
利用定員		人										
基準上の必要定員		人										
利用料												
その他の費用												
通常の事業の実施地域												
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している ・ していない								
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)				担当者				
		その他										
協力医療機関		名 称						主な診療科名				
添付書類		別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの)										

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別業に記載した書類を添付してください。
3. 「看護職員」とは保健師、看護師、准看護師のことを言います。
4. 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
5. 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
6. 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
7. 「通常の事業の実施地域」欄には、市町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付してください。

付表9-2 一体的に実施する従たる事業所の指定に係る記載事項

※多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表13を併せて提出してください。

受付番号

施設	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡・市									
連絡先	電話番号					FAX番号					
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等											第 条第 項第 号
訪問事業の実施の有無		有・無									
サービス管理責任者	フリガナ					住所	(郵便番号 -)				
	氏名										
従業者の職種・員数		サービス管理責任者		看護職員		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤(人)										
	非常勤(人)										
常勤換算後の人数(人)											
基準上の必要人数(人)											
従業者数		歩行訓練士		生活支援員		訪問支援員		その他の従業者			
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤(人)										
	非常勤(人)										
常勤換算後の人数(人)											
基準上の必要人数(人)											
前年度の平均利用者数(人)											
主な揭示事項											
営業日											
営業時間											
主たる対象者		特定無し	身体障害者								
			細分無し	肢体不自由	視覚障害	聴覚・言語	内部障害				
		知的障害者	精神障害者								
利用定員		人									
基準上の必要定員		人									
利用料											
その他の費用											
通常の事業の実施地域											
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況	している・していない								
		苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)				担当者				
		その他									
協力医療機関		名称					主な診療科名				
添付書類		別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの)									

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
3. 「看護職員」とは保健師、看護師、准看護師のことを言います。
4. 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
5. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
6. 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
7. 「通常の事業の実施地域」欄には、市町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付してください。

付表10-2 一体的に実施する従たる事業所の指定に係る記載事項

※多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表13を併せて提出してください。

受付番号

施設	フリガナ										
	名称										
設	所在地	(郵便番号 -) 県 郡・市									
	連絡先	電話番号					FAX番号				
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等											第 条第 項第 号
訪問事業の実施の有無		有・無									
サービス 管理責任者	フリガナ										
	氏名										
		住所 (郵便番号 -)									
従業者の職種・員数		サービス管理責任者		生活支援員		看護職員		訪問支援員		その他の従業者	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤(人)										
	非常勤(人)										
常勤換算後の人数(人)											
基準上の必要人数(人)											
前年度の平均利用者数(人)											
居室(宿泊型実施の場合)	1室の最大定員									人	人以下
	入所者1人あたりの最小床面積									m ²	m ²
主な掲示事項											
営業日											
	営業時間										
主たる対象者	特定無し	身体障害者									
		細分無し	肢体不自由	視覚障害	聴覚・言語	内部障害					
	知的障害者	精神障害者									
利用定員	人										
基準上の必要定員	人										
利用料											
その他の費用											
通常の事業の実施地域											
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	している・していない									
	苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)				担当者					
	その他										
協力医療機関	名称					主な診療科名					
添付書類	別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの)										

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
3. 「看護職員」とは保健師、看護師、准看護師のことを言います。
4. 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
5. 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
6. 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
7. 「通常の事業の実施地域」欄には、市町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付してください。

付表11 就労移行支援事業の指定に係る記載事項

※1 多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表13を併せて提出してください。
 ※2 従たる事業所のある場合は、付表11-2を併せて提出してください。

(一般型 資格取得型)

受付番号

施設	フリガナ 名 称								
	所在地	(郵便番号 -)		県		郡・市			
	電話番号					FAX番号			
	メールアドレス								
管理者	フリガナ			住所		(郵便番号 -)			
	氏 名					県 郡・市			
	他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	事業所等の名称		兼務する職種及び勤務時間等					
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等						第 条第 項第 号			
サービス 管理責任者	フリガナ			住所		(郵便番号 -)			
	氏 名								
従業者の職種・員数		管理者		サービス管理責任者		職業指導員		生活支援員	
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)									
基準上の必要人数(人)									
		就労支援員		その他の従業者					
		専従	※兼務	専従	※兼務				
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)									
基準上の必要人数(人)									
前年度の平均利用者数(人)									
主な揭示事項									
利用定員		人							
基準上の必要定員		人							
主たる対象者		特定無し	身体障害者						
			細分無し	肢体不自由	視覚障害	聴覚・言語	内部障害		
		知的障害者	精神障害者						
利用料									
その他の費用									
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況		している ・ していない						
	苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者				
	その他								
協力医療機関		名 称				主な診療科名			
提携就労支援機関									
添付書類		別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの)							

(備考)

- 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別業に記載した書類を添付してください。
- 「併設する施設の名称及び概要」欄には、施設の目的及び提供するサービスの内容等を記載してください。
- 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 「※兼務」欄は、短期入所事業以外との兼務を行う職員について記載してください。
- 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
- 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
- 「提携就労支援機関」欄には、就労支援ネットワーク名及びネットワーク内の就労支援機関名を記載してください。

付表11-2 一体的に実施する従たる事業所の指定に係る記載事項

※多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表13を併せて提出してください。

受付番号	
------	--

施設	フリガナ									
	名称									
設	所在地	(郵便番号		—)						
		県		郡・市						
	連絡先	電話番号				FAX番号				
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等										
第 条第 項第 号										
従業者の職種・員数		管理者		サービス管理責任者		職業指導員		生活支援員		
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	
従業者数	常勤(人)									
	非常勤(人)									
常勤換算後の人数(人)										
基準上の必要人数(人)										
		就労支援員		その他の従業者						
		専従	※兼務	専従	※兼務					
従業者数	常勤(人)									
	非常勤(人)									
常勤換算後の人数(人)										
基準上の必要人数(人)										
前年度の平均利用者数(人)										
主な掲示事項										
利用定員		人								
基準上の必要定員		人								
主たる対象者		特定無し	身体障害者							
			細分無し	肢体不自由	視覚障害	聴覚・言語	内部障害			
		知的障害者	精神障害者							
利用料										
その他の費用										
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況			している・していない					
		苦情解決の措置概要			窓口(連絡先)		担当者			
		その他								
協力医療機関		名称				主な診療科名				
添付書類		別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの)								

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
3. 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
4. 「※兼務」欄は、短期入所事業以外との兼務を行う職員について記載してください。
5. 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
6. 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

付表12 就労継続支援事業の指定に係る記載事項

※1 多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表13を併せて提出してください。
 ※2 従たる事業所のある場合は、付表11-2を併せて提出してください。

(就労継続支援(A型)
 就労継続支援(B型))
 ※いずれかに○を付してください。

受付番号	
------	--

施設	フリガナ 名称									
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡・市								
	電話番号	FAX番号								
	メールアドレス									
管理者	フリガナ	住所	(郵便番号 -) 県 郡・市							
	氏名									
当該事業の実施について定めてある※定款又は条例等		第 条第 項第 号								
注「※定款」は、A型のみ										
サービス 管理責任者	フリガナ	住所	(郵便番号 -)							
	氏名									
従業者の職種・員数		管理者		サービス管理責任者		職業指導員		生活支援員		
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	
従業者数	常勤(人)									
	非常勤(人)									
常勤換算後の人数(人)										
基準上の必要人数(人)										
		その他の従業者								
		専従	※兼務							
従業者数	常勤(人)									
	非常勤(人)									
常勤換算後の人数(人)										
基準上の必要人数(人)										
前年度の平均利用者数(人)										
主な掲示事項										
利用定員		人								
基準上の必要定員		人								
主たる対象者	特定無し	細分無し		身体障害者		聴覚・言語		内部障害		
				肢体不自由		視覚障害				
	知的障害者	精神障害者								
利用料										
その他の費用										
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況		している・していない							
	苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者					
	その他									
協力医療機関		名称				主な診療科名				
添付書類		別添のとおり(定款、寄付行為及び登記事項証明書又は条例等(※)、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの) 注※「定款、寄付行為」は就労継続支援A型のみ								

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別業に記載した書類を添付してください。
3. 「併設する施設の名称及び概要」欄には、施設の目的及び提供するサービスの内容等を記載してください。
4. 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
5. 「※兼務」欄は、短期入所事業以外との兼務を行う職員について記載してください。
6. 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
7. 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

付表12-2 一体的に実施する従たる事業所の指定に係る記載事項

※多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表13を併せて提出してください。

受付番号	
------	--

施設	フリガナ								
	名称								
設	所在地	(郵便番号	—)				
		県	郡・市						
	連絡先	電話番号			FAX番号				
当該事業の実施について定めてある※定款又は条例等					第 条 第 項 第 号				
注「※定款」は、A型のみ									
従業者の職種・員数		管理者		サービス管理責任者		職業指導員		生活支援員	
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)									
基準上の必要人数(人)									
		就労支援員		その他の従業者					
		専従	※兼務	専従	※兼務				
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)									
基準上の必要人数(人)									
前年度の平均利用者数(人)									
主な揭示事項									
利用定員				人					
基準上の必要定員				人					
主たる対象者		特定無し	身体障害者						
			細分無し	肢体不自由	視覚障害	聴覚・言語	内部障害		
		知的障害者	精神障害者						
利用料									
その他の費用									
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している・していない					
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者			
		その他							
協力医療機関		名称				主な診療科名			
添付書類		別添のとおり(定款、寄付行為及び登記事項証明書又は条例等(※)、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの) 注※「定款、寄付行為」は就労継続支援A型のみ							

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
3. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
4. 「※兼務」欄は、短期入所事業以外との兼務を行う職員について記載してください。
5. 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
6. 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。



指定障害福祉サービス事業所に係る多機能型による
事業を実施する場合の記載事項(総括表) その1

※多機能型事業実施時は各付表とこの表を併せて提出してください。

受付番号

主たる事業所	フリガナ 名 称							
	所在地	(郵便番号 —) 都・道・府・県	区・郡・市					
	電話番号		FAX番号					
	メールアドレス							
(注) 従たる事業所については、下欄に記載すること。								
従たる事業所Ⅰ	フリガナ 名 称							
	所在地	(郵便番号 —) 都・道・府・県	区・郡・市					
	連絡先	電話番号		FAX番号				
従たる事業所Ⅱ	フリガナ 名 称							
	所在地	(郵便番号 —) 都・道・府・県	区・郡・市					
	連絡先	電話番号		FAX番号				
従たる事業所Ⅲ	フリガナ 名 称							
	所在地	(郵便番号 —) 都・道・府・県	区・郡・市					
	連絡先	電話番号		FAX番号				
従たる事業所Ⅳ	フリガナ 名 称							
	所在地	(郵便番号 —) 都・道・府・県	区・郡・市					
	連絡先	電話番号		FAX番号				
管理者	フリガナ 氏 名			住 所	(郵便番号 —) 都・道・府・県 区・郡・市			
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合記入)		事業所等の名称 兼務する職種 及び勤務時間等					
主たる対象とする障害の種類	無し	身体障害者				知的障害者	精神障害者	
		細分無し	肢体不自由	視覚障害	聴覚・言語	内部障害		
生活介護を行う場合のみ		事業所が申告する障害支援区分の平均値						
前年度の平均 実利用者数 (人)	サービス単位1	4未満		4以上5未満		5以上		
	サービス単位2							
	サービス単位3							
実施事業	生活介護	自立訓練 (機能訓練)	自立訓練 (生活訓練)	就労移行支援 (通常)	就労移行支援 (あはき)	就労継続支援 (A型)	就労継続支援 (B型)	
	サービス単位 有 無							
	主たる事業所							
従たる事業所								
定員緩和措置の有無		有 ・ 無						
定員(人)	合計	生活介護※	自立訓練 (機能訓練)	自立訓練 (生活訓練)	就労移行支援 (通常)	就労移行支援 (あはき)	就労継続支援 (A型)	就労継続支援 (B型)
合計								
主たる事業所								
従たる事業所								



受付番号

従業者の職種・員数															
				サービス管理責任者		医師		看護職員							
								合計		保健師		看護師		准看護師	
				専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
合計	従業者数	常勤(人)													
		非常勤(人)													
	常勤換算後の人数(人)														
	基準上の必要人数(人)														
主たる事業所	従業者数	常勤(人)													
		非常勤(人)													
	常勤換算後の人数(人)														
	基準上の必要人数(人)														
従たる事業所	従業者数	常勤(人)													
		非常勤(人)													
	常勤換算後の人数(人)														
	基準上の必要人数(人)														
		理学療法士等						生活支援員							
		合計		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員		合計		通所		訪問	
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
合計	従業者数	常勤(人)													
		非常勤(人)													
	常勤換算後の人数(人)														
	基準上の必要人数(人)														
主たる事業所	従業者数	常勤(人)													
		非常勤(人)													
	常勤換算後の人数(人)														
	基準上の必要人数(人)														
従たる事業所	従業者数	常勤(人)													
		非常勤(人)													
	常勤換算後の人数(人)														
	基準上の必要人数(人)														
		職業指導員				就労支援員		その他の従業者							
		合計		右記以外		兼教官									
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務		
合計	従業者数	常勤(人)													
		非常勤(人)													
	常勤換算後の人数(人)														
	基準上の必要人数(人)														
主たる事業所	従業者数	常勤(人)													
		非常勤(人)													
	常勤換算後の人数(人)														
	基準上の必要人数(人)														
従たる事業所	従業者数	常勤(人)													
		非常勤(人)													
	常勤換算後の人数(人)														
	基準上の必要人数(人)														

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
3. 「定員緩和措置の有無」欄は、指定基準省令第89条に基づく利用定員緩和措置の適用の有無について記載してください。
4. 生活介護にサービス単位を導入する場合には、適宜欄を設けて記載するか又は別葉にサービス単位ごとの定員を記載してください。
5. 新設の場合には、「前年度平均入所者数」欄は推定数を記入してください。
6. 「※兼務」欄には、本体施設との兼務を行う職員について記載してください。

受付番号

事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 -)	県	郡・市		
	連絡先	電話番号		FAX番号		
		メールアドレス				
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業について定めてある条例等					第 条 第 項 第 号	
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)	
	氏名					
	生年月日					
	当該相談支援事業所における相談支援専門員との兼務の有無				有 ・ 無	
	他の事業所又は施設の従業者との兼務(有の場合、以下に記載)				有 ・ 無	
	事業所の名称			兼務する職種		
事業の種類			勤務時間			
従業者の職種・員数(人)		地域移行支援・地域定着支援に従事する者				
		相談支援専門員		その他の者		
		専従	兼務	専従	兼務	
常勤(人)						
非常勤(人)						
常勤換算後の人数(人)						
他の事業所又は施設の従業者との兼務(有の場合、別紙に記載)				有 ・ 無		
常時の連絡体制の確保の具体的方法(地域定着支援のみ)						
主な 揭示 事項	営業日					
	営業時間					
	主たる対象者	特定無し・身体障害者・知的障害者・精神障害者・障害児				
	その他の費用					
	通常の事業実施地域					
添付書類	別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、事業所の平面図、運営規程、経歴書、入所者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表)					

(備考)

1. 地域移行支援事業と地域定着支援事業の両方の指定を申請する場合についても、本様式1枚にまとめて提出してください。
2. 「受付番号」欄は、記入しないでください。
3. 「兼務」については、指定特定相談支援事業所、指定障害児相談支援事業所との兼務は除く。
4. 「常時の連絡体制」については、営業時間以外の事業所の人員体制(宿直等)や利用者との連絡体制を含め、具体的に記載してください。
5. 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
6. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。

他の事業所又は施設の従業者と兼務する地域移行支援・地域定着支援に従事する者を全て記載してください。					
1	氏 名		事業所の名称		
	フリガナ		事業の種類	兼務する職種	
	氏名		勤務時間		
2	氏 名		事業所の名称		
	フリガナ		事業の種類	兼務する職種	
	氏名		勤務時間		
3	氏 名		事業所の名称		
	フリガナ		事業の種類	兼務する職種	
	氏名		勤務時間		
4	氏 名		事業所の名称		
	フリガナ		事業の種類	兼務する職種	
	氏名		勤務時間		
5	氏 名		事業所の名称		
	フリガナ		事業の種類	兼務する職種	
	氏名		勤務時間		

受付番号

事業所	名 称					
	所 在 地	(郵便番号 -)				
	連 絡 先	電話番号		FAX番号		
		メールアドレス				
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業について定めてある条例等				第 条 第 項 第 号		
管理者	フリガナ		住所	(郵便番号 -)		
	氏 名					
	生 年 月 日	年 月 日				
	当該事業所における相談支援専門員との兼務の有無			有 ・ 無		
	他の事業所又は施設の従業者との兼務(有の場合記載、以下に記載)			有 ・ 無		
	事業所の名称		兼務する職種			
	事業の種類		勤務時間			
従事者の職数(人種)			相談支援専門員		その他の者	
			専従	兼務	専従	兼務
	常 勤 (人)					
	非 常 勤 (人)					
	常勤換算後の人数(人)					
他の事業所又は施設の従業者との兼務(有の場合、別紙に記載)			有 ・ 無			
総合的な相談支援の実施体制の具体的な方法	事業の主たる対象とする障害の種類のための有無		有 ・ 無			
	主たる対象としていない者への対応体制					
	医療機関や行政との連携体制					
	計画的な研修又は当該事業所における事例の検討等を行う体制					
主な揭示事項	営 業 日					
	営 業 時 間					
	主 たる 対 象 者	特定無し・身体障害者・知的障害者・精神障害者・障害児				
	そ の 他 の 費 用					
	通 常 の 事 業 実 施 地 域					
添 付 書 類	別添のとおり(登記事項証明書、事業所の平面図、運営規程、経歴書、利用者又はその家族からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表)					

(備考)

1. 特定相談支援事業と障害児相談支援事業の両方の指定を申請する場合についても、本様式1枚にまとめて提出してください。
2. 「受付番号」欄は、記入しないでください。
3. 「兼務」については、指定特定相談支援事業所、指定障害児相談支援事業所又は指定一般相談支援事業所との兼務を除く。
4. 「総合的な相談支援の実施体制の具体的な方法」については、具体的な内容について記載するほか、それぞれ根拠となる書類も提出してください。
また、「主たる対象としていない者への対応体制」については、「事業の主たる対象とする障害の種類のための有無」が有の場合に記載してください。
5. 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別途資料として添付して差し支えありません。
6. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。

他の事業所又は施設の従業者と兼務する相談支援専門員を全て記載してください。				
1	氏	名	事業所の名称	
	フリガナ		事業の種類	兼務する職種
	氏名		勤務時間	
2	氏	名	事業所の名称	
	フリガナ		事業の種類	兼務する職種
	氏名		勤務時間	
3	氏	名	事業所の名称	
	フリガナ		事業の種類	兼務する職種
	氏名		勤務時間	
4	氏	名	事業所の名称	
	フリガナ		事業の種類	兼務する職種
	氏名		勤務時間	
5	氏	名	事業所の名称	
	フリガナ		事業の種類	兼務する職種
	氏名		勤務時間	

受付番号

事業所	名称					
	所在地	(郵便番号 —)	事業所名、事業所所在地 ※申請書、運営規定の記載と一致すること 郡・市			
	連絡先	電話番号		FAX番号		
		メールアドレス				
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業について定めてある条例等				第 条 第 項 第 号		
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 —)	
	氏名				※勤務体制一覧表、管理者経歴書、 役員名簿等の記載と一致すること	
	生年月日					
	当該事業所における相談支援専門員との兼務の有無				有 ・ 無	
	他の事業所又は施設の従業者との兼務(以下、有の場合記載)				有 ・ 無	
	事業所の名称				兼務する職種	
事業の種類				勤務時間		
従事者 (人職) 種			相談支援専門員		その他の者	
			専従	兼務	専従	兼務
	常勤(人)		1	1	※常勤換算は4週の勤務時間の合計を 常勤者の4週の勤務時間で除して算出	
	非常勤(人)					
	常勤換算後の人数(人)		1	0.5		
他の事業所又は施設の従業者との兼務(有の場合、別紙に記載)				有 ・ 無		
総合的な 実施体制の 具体的な方法	事業の主たる対象とする障害の 種類の定め有無		有 ・ 無			
	主たる対象としていない者への 対応体制					
	医療機関や行政との 連携体制					
	計画的な研修又は当該事業所 における事例の検討等を行う体制					
主な 揭示 事項	営業日	月～金				
	営業時間	9時～15時				
	主たる対象者	特定無し、身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 精神障害者 ・ 障害児				
	その他の費用					
	通常の事業実施地域					
添付書類	別添のとおり(登記事項証明書、事業所の平面図、運営規程、経歴書、利用者又はその家族からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表)					

(備考)

1. 特定相談支援事業と障害児相談支援事業の両方の指定を申請する場合についても、本様式1枚にまとめて提出してください。
2. 「受付番号」欄は、記入しないでください。
3. 「兼務」については、指定特定相談支援事業所、指定障害児相談支援事業所又は指定一般相談支援事業所との兼務を
4. 「総合的な相談支援の実施体制の具体的な方法」については、具体的な内容について記載する他、それぞれ根拠となる書類も提出してください。
また、「主たる対象としていない者への対応体制」については、「事業の主たる対象とする障害の種類の定め有無」が有の場合に記載してください。
5. 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別途資料として添付して差し支えありません。
6. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。

他の事業所又は施設の従業者と兼務する相談支援専門員を全て記載してください。					
1	氏名		事業所の名称	□□生活介護事業所	
	フリガナ		事業の種類	生活介護	兼務する職種 サービス管理責任者
	氏名	□□ □□	勤務時間	9時～17時	
2	氏名		事業所の名称	△△相談支援事業所	
	フリガナ		事業の種類	一般相談支援	兼務する職種 相談支援専門員
	氏名	△△ △△	勤務時間	9時～15時	
3	氏名		事業所の名称	〇〇ハウス	
	フリガナ		事業の種類	共同生活援助	兼務する職種 世話人
	氏名	〇〇 〇〇	勤務時間	17時～19時	
4	氏名		事業所の名称		
	フリガナ		事業の種類	兼務する職種	
	氏名		勤務時間		
5	氏名		事業所の名称		
	フリガナ		事業の種類	兼務する職種	
	氏名		勤務時間		

付表16-1 就労定着支援事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 -)				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
		メールアドレス				
管理者	フリガナ		住所		(郵便番号 -)	
	氏名					
	当該就労定着支援事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)					
	他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)		事業所等の名称			
			兼務する職種及び勤務時間等			
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業について定めてある条例等			第 条 第 項 第 号			
前年度の平均利用者数(人)			人			
一体的に運営する事業所の前年度の平均利用者数(人)			人			
従業者の職種・員数		サービス管理責任者		就労定着支援員		
		専従	兼務	専従	兼務	
従業者数	常勤(人)					
	非常勤(人)					
主な掲示事項						
営業日						
営業時間						
主たる対象者		特定無し・身体障害者・知的障害者・精神障害者・難病等対象者				
利用料						
その他の費用						
通常の事業実施地域						
その他参考となる事項		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		
		担当者				
		その他				
添付書類		別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、運営規程、経歴書、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表)				

(備考)

1. 「受付番号」欄は、記入しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
3. 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
4. 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
5. 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
6. 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載して
7. 事業所指定を受ける一体的に運営する事業所の過去3年の一般就労の移行実績が分かる書類を添付してください。

付表16-2 一般就労移行実績

令和 年 月 日

【申請日の属する日から遡って過去3年間において、一般就労に移行した者を記載すること】

	氏名	就職日	就職先事業所名
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

注1. 申請日の属する日から遡って過去3年間において、一般就労に移行した者について記入する。
一般就労の定義、雇用継続の状況は問わない。ただし、就労継続支援A型事業所への移行は除く。

注2. 就労定着支援を申請する事業所ごとに作成し、指定申請書に添付すること。

注3. 申請日の属する日から遡って過去3年間において、一般就労移行者数が3人以上いる場合は指定要件を満たすこととなる。

注4. 適宜、欄は追加してください。

受付番号

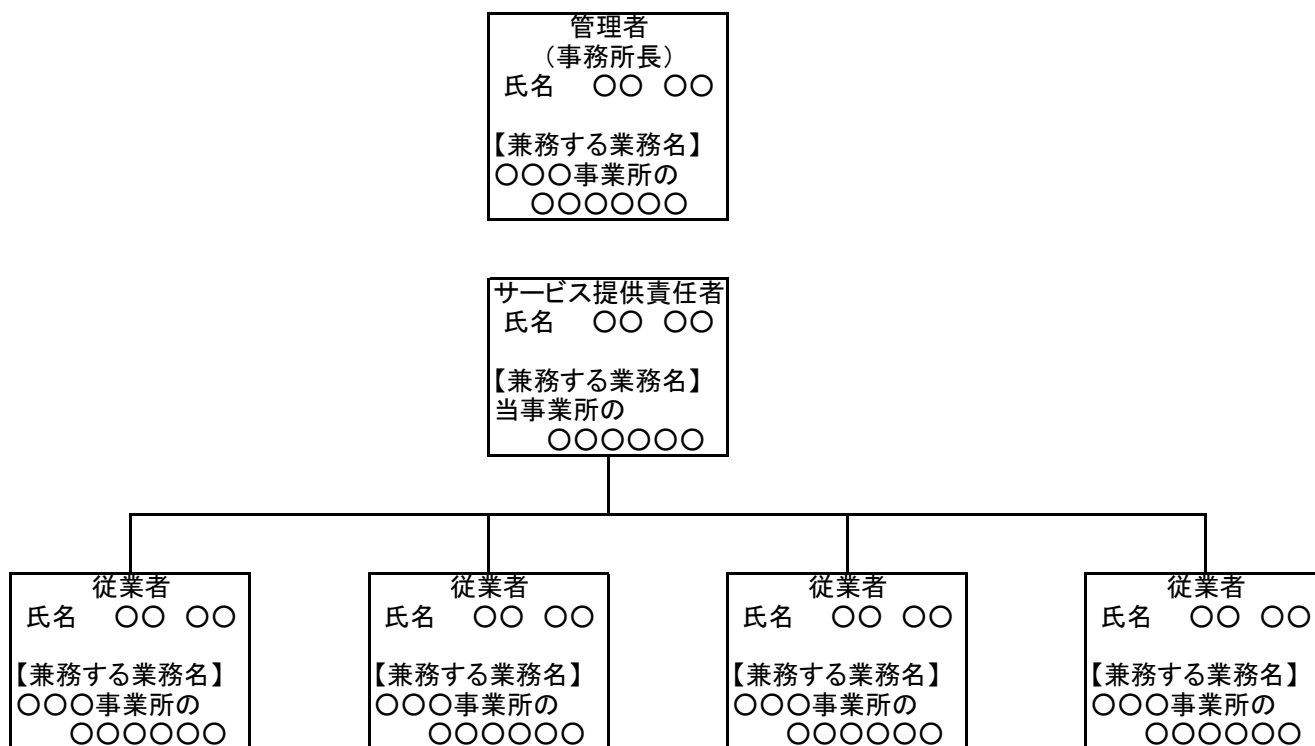
事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 -)			
	連絡先	電話番号	FAX番号		
		メールアドレス			
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)
	氏名				
	当該自立生活援助事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)				
	他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	事業所等の名称			
		兼務する職種及び勤務時間等			
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業について定めてある条例等					第 条 第 項 第 号
前年度の平均利用者数(人)		人			
従業者の職種・員数		サービス管理責任者		地域生活支援員	
		専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤(人)				
	非常勤(人)				
主な掲示事項					
営業日					
営業時間					
主たる対象者		特定無し・身体障害者・知的障害者・精神障害者・難病等対象者			
利用料					
その他の費用					
通常の事業実施地域					
その他参考となる事項		苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)		担当者
		その他			
添付書類		別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、運営規程、経歴書、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表)			

(備考)

1. 「受付番号」欄は、記入しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
3. 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
4. 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
5. 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
6. 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載して

(記入例 1)

組織体制図



備考 「従業者等の勤務体制及び勤務形態一覧表」の「勤務形態」が、B(常勤で兼務)、D(非常勤で兼務)のときは、【兼務する業務名】を必ず記入してください。

(参考様式 1 1)

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第三十六条第三項各号の規定に該当しない旨の誓約書

令和 年 月 日

(宛先) 奈良市長

申請者 所在地
名称
代表者 住所
氏名

印

当法人(別紙に記載する役員等を含む。)は、下記に掲げる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第三十六条第三項各号(同法第五十一条の十九第二項において準用する場合(第四号、第十号及び第十三号を除く)を含む)の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。

記

【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第三十六条第三項各号の規定】

- 一 申請者が都道府県の条例で定める者でないとき。(奈良市条例で定める者。「法第三十六条第三項第一号の条例で定める者は、法人とする。ただし、療養介護に係る指定又は短期入所(病院又は診療所により行われるものに限る。)に係る指定の申請については、この限りでない。」)
- 二 当該申請に係るサービス事業所の従業者の知識及び技能並びに人員が、第四十三条第一項の都道府県の条例で定める基準を満たしていないとき。
- 三 申請者が、第四十三条第二項の都道府県の条例で定める指定障害福祉サービスの事業の設備及び運営に関する基準に従って適正な障害福祉サービス事業の運営をすることができないと認められるとき。
- 四 申請者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 五 申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 五の二 申請者が、労働に関する法律の規定であって政令で定めるものにより罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 六 申請者が、第五十条第一項(同条第三項において準用する場合を含む。以下この項において同じ。)又は第五十一条の二十九第一項若しくは第二項の規定により指定を取り消され、その取消の日から起算して五年を経過しない者(当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消の処分に係る行政手続法(平成五年法律第八十八号)第十五条の規定による通知があった日前六十日以内に当該法人の役員又はそのサービス事業所を管理する者その他の政令で定める使用者(以下「役員等」という。)であった者で当該取消の日から起算して五年を経過しないものを含む、当該指定を取り消された者が法人でない場合においては、当該通知があった日前六十日以内に当該者の管理者であった者で当該取消の日から起算して五年を経過しないものを含む。)であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定障害福祉サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定障害福祉サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定障害福祉サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 七 申請者と密接な関係を有する者(申請者(法人に限る。以下この号において同じ。)の株式の所有その他の事由を通じて当該申請者の事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの(以下この号において「申請者の親会社等」という。))、申請者の親会社等が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの又は当該申請者が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもののうち、当該申請者と厚生労働省令で定める密接な関係を有する法人をいう。)が、第五十条第一項又は第五十一条の二十九第一項若しくは第二項の規定により指定を取り消され、その取消の日から起算して五年を経過していないとき。ただし、当該指定の取消しが、指定障害福祉サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定障害福祉サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定障害福祉サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 八 申請者が、第五十条第一項又は第五十一条の二十九第一項若しくは第二項の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第四十六条第二項又は第五十一条の二十五第二項若しくは第四項の規定による事業の廃止の届出をした者(当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。)で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 九 申請者が、第四十八条第一項(同条第三項において準用する場合を含む。)又は第五十一条の二十七第一項若しくは第二項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日(当該検査の結果に基づき第五十条第一項又は第五十一条の二十九第一項若しくは第二項の規定による指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として厚生労働省令で定めるところにより都道府県知事が当該申請者に当該検査が行われた日から十日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。)までの間に第四十六条第二項又は第五十一条の二十五第二項若しくは第四項の規定による事業の廃止の届出をした者(当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。)で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 十 第八号に規定する期間内に第四十六条第二項又は第五十一条の二十五第二項若しくは第四項の規定による事業の廃止の届出があった場合において、申請者が、同号の通知の前六十日以内に当該届出に係る法人(当該事業の廃止について相当の理由がある法人を除く。)の役員等又は当該届出に係る法人でない者(当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。)の管理者であった者で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 十一 申請者が、指定の申請前五年以内に障害福祉サービスに関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
- 十二 申請者が、法人で、その役員等のうちに第四号から第六号まで又は第八号から前号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。
- 十三 申請者が、法人でない者で、その管理者が第四号から第六号まで又は第八号から第十一号までのいずれかに該当する者であるとき。

(参考様式 13)

指定障害児相談支援事業者の指定に係る誓約書

令和 年 月 日

(宛先) 奈良市長

申請者 所在地
(設置者) 名称
代表者 住所
氏名

印

当法人(別紙に記載する役員等を含む。)は、下記に掲げる児童福祉法第二十四条の二十八第二項において準用する同法第二十一条の五の十五第二項(第四号、第十一号及び第十四号を除く。)の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。

記

【児童福祉法第二十一条の五の十五第二項(第四号、第十一号及び第十四号を除く。)の読替後の規定】

- 申請者が法人でないとき。
- 当該申請に係る障害児相談支援事業所(第二十四条の二十八第一項に規定する障害児相談支援事業所をいう。以下この項において同じ。)の従業者の知識及び技能並びに人員が、第二十四条の三十一第一項の厚生労働省令で定める基準を満たしていないとき。
- 申請者が、第二十四条の三十一第二項の厚生労働省令で定める指定障害児相談支援の事業の運営に関する基準に従って適正な障害児相談支援事業の運営をすることができないと認められるとき。
- 申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 二 申請者が、労働に関する法律の規定であつて政令で定めるものにより罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 申請者が、第二十四条の三十六の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して五年を経過しない者(当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消しの処分に係る行政手続法(平成五年法律第八十八号)第十五条の規定による通知があつた日前六十日以内に当該法人の役員又はその障害児相談支援事業所を管理する者その他の政令で定める使用人(以下この条及び第二十一条の五の二十三第一項第十一号において「役員等」という。)であつた者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含み、当該指定を取り消された者が法人でない場合においては、当該通知があつた日前六十日以内に当該者の管理者であつた者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含む。)であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定障害児相談支援事業者(第二十四条の二十六第一項第一号に規定する指定障害児相談支援事業者をいう。以下この項において同じ。)の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となつた事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定障害児相談支援事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定障害児相談支援事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 申請者と密接な関係を有する者(申請者(法人に限る。以下この号において同じ。)の株式の所有その他の事由を通じて当該申請者の事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの(以下この号において「申請者の親会社等」という。)、申請者の親会社等が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの又は当該申請者が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの)のうち、当該申請者と厚生労働省令で定める密接な関係を有する法人をいう。)が、第二十四条の三十六の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して五年を経過していないとき。ただし、当該指定の取消しが、指定障害児相談支援事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となつた事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定障害児相談支援事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定障害児相談支援事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 削除
- 申請者が、第二十四条の三十六の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があつた日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第二十四条の三十二第二項の規定による事業の廃止の届出をした者(当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。)で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 申請者が、第二十四条の三十四第一項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日(当該検査の結果に基づき第二十四条の三十六の規定による指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として厚生労働省令で定めるところにより市町村長が当該申請者に当該検査が行われた日から十日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。)までの間に第二十四条の三十二第二項の規定による事業の廃止の届出をした者(当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。)で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 申請者が、指定の更新の申請前五年以内に障害児相談支援に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
- 申請者が、法人で、その役員等の中に第五号、第六号、第九号、第十号又は前号のいずれかに該当する者のあるものであるとき。