

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 -)				
	氏名					県 郡・市				
当該事業の実施について定めてある※定款又は条例等 注「※定款」は、A型のみ					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)										
		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)

- 「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葉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。

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								
	所在地	(郵便番号 ー) 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 注「※定款」は、A型のみ					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	細分無し	肢体不自由	身体障害者 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。