

付表一覧表 【児童福祉法／障害児通所支援】

書類名	対象となる事業所又は施設	様式
児童発達支援事業所（児童発達支援センターに限る）の指定に係る記載事項	福祉型児童発達支援センター	付表 1
2 単位目以降のサービス提供単位に係る記載事項	福祉型児童発達支援センター	付表 1 - 2
児童発達支援事業所（児童発達支援センターを除く）の指定に係る記載事項	児童発達支援事業所（児童発達支援センターであるものを除く。）	付表 2
従たる事業所又は 2 単位目以降のサービス提供単位に係る記載事項	児童発達支援事業所（児童発達支援センターであるものを除く。）	付表 2 - 2
医療型児童発達支援事業所の指定に係る記載事項	医療型児童発達支援センター	付表 3
放課後等デイサービス事業所の指定に係る記載事項	放課後等デイサービス事業所	付表 4
従たる事業所又は 2 単位目以降のサービス提供単位に係る記載事項	放課後等デイサービス事業所	付表 4 - 2
居宅訪問型児童発達支援事業所の指定に係る記載事項	居宅訪問型児童発達支援事業所	付表 5
保育所等訪問支援事業所の指定に係る記載事項	保育所等訪問支援事業所	付表 6
多機能型による事業を実施する場合又は従たる事業所がある場合の記載事項（総括表）	多機能型事業所 従たる事業所のある児童発達支援事業所（児童発達支援センターであるものを除く。） 従たる事業所のある放課後等デイサービス事業所	付表 7

付表1 児童発達支援事業所(児童発達支援センターに限る)の指定に係る記載事項

施設	フリガナ														
	名称														
	所在地	(〒) 福山市													
	連絡先	電話番号					FAX番号								
管理者	フリガナ											住所	(〒)		
	名前														
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)														
	他の事業所又は施設の従業者との兼務の状況(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		
当該事業の実施について定めてある定款等の条項												第 条 第 項 第 号			
児童発達支援管理責任者	フリガナ											住所	(〒)		
	名前														
従業者の職種・員数		嘱託医		児童指導員		保育士		指導員		栄養士		調理員			
		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)															
		児童発達支援管理責任者		機能訓練担当職員		言語聴覚士		看護職員		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	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)															
設備の概要		障がい児1人当たりの床面積				備えている設備 (設置している部分を○で囲む。)									
指導訓練室		平方メートル/1人				指導訓練室		遊戯室		屋外遊戯場		医務室			
遊戯室		平方メートル/1人				相談室		調理室		便所		静養室			
												聴力検査室			
主な 掲示 事項	営業日	月	火	水	木	金	土	日	祝	その他の年間の休業日					
	営業時間	サービス提供時間 ① : ~ : ② : ~ :										備考			
	主として通わせる児童の種別	特定なし			重症心身障がい			肢体不自由		難聴		知的障がい		発達障がいその他	
	利用定員	人					※基準上の必要定員			人					
	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							
多機能型実施の有無	有 ・ 無														
地域の障がい児への援助の実施	有 ・ 無														
添付書類	別紙のとおり														

注1 用紙の大きさは、日本工業規格A列4とする。

- ※印のある「基準上の必要人数」、「基準上の必要定員」欄には、記入しないこと。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか又は別の用紙に記入して添付すること。
- 「看護職員」とは保健師、助産師、看護師又は准看護師をいう。
- 「指導訓練室の面積」、「遊戯室の面積」欄は、それぞれの床面積を利用定員で除した数を記入すること。
- 「第三者評価の実施状況」、「多機能型実施の有無」、「地域の障がい児への援助の実施」欄は、該当するものを○で囲むこと。
- 「営業日」欄は営業をする曜日に○を付け、その他の年間の休業日を記入すること。
- サービス提供時間は、送迎の時間を含まないこと。
- 「主たる対象者」欄は、主たる対象とする障がいの種類について該当する欄に○を記入すること。
- 「その他の費用」欄は、利用者等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入すること。
- 複数の児童発達支援の単位を設置する場合は、本表に主たる事業所又は1単位目について記入し、2単位目以降については付表1-2に記入すること。
- 多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表7を併せて提出すること。

付表1-2 2単位目以降の支援提供単位に係る記載事項

()単位目

施設	フリガナ													
	名称													
	所在地	(〒) 福山市												
	連絡先	電話番号					FAX番号							
児童発達支援管理責任者	フリガナ						住所	(〒)						
	名前													
従業者の職種・員数		嘱託医		児童指導員		保育士		指導員		栄養士		調理員		
		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)														
		児童発達支援管理責任者		機能訓練担当職員		言語聴覚士		看護職員		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	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)														
設備の概要						備えている設備 (該当する部分を○で囲む。)								
指導訓練室の面積		平方メートル/1人				指導訓練室		遊戯室		屋外遊戯場		医務室		
遊戯室の面積		平方メートル/1人				相談室		調理室		便所		静養室		
												聴力検査室		
主な 揭示 事項	営業日	月	火	水	木	金	土	日	祝	その他の年間の休業日				
	営業時間	サービス提供時間 ① : ~ : ② : ~ :								備考				
	主として通わせる 児童の種別	特定なし		重症心身障がい		肢体不自由		難聴		知的障がい		発達障がいその他		
	利用定員	人				※基準上の必要定員		人						
	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							
多機能型実施の有無	有 ・ 無													
添付書類	別紙のとおり													

注1 用紙の大きさは、日本工業規格A列4とする。

- ※印のある「基準上の必要人数」、「基準上の必要定員」欄には、記入しないこと。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか又は別の用紙に記入して添付すること。
- 「看護職員」とは保健師、助産師、看護師又は准看護師をいう。
- 「指導訓練室の面積」、「遊戯室の面積」欄は、それぞれの床面積を利用定員で除した数を記入すること。
- 「第三者評価の実施状況」、「多機能型実施の有無」欄は、該当するものを○で囲むこと。
- 「営業日」欄は営業をする曜日に○を付け、その他の年間の休業日を記入すること。
- サービス提供時間は、送迎の時間を含めないこと。
- 「主たる対象者」欄は、支援の主たる対象とする障がいの種類について該当する欄に○を記入すること。
- 「その他の費用」欄は、利用者等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入すること。
- 多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表7を併せて提出すること。

付表2 児童発達支援事業所(児童発達支援センターを除く)の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ											
	名称											
	所在地	(〒) 福山市										
	連絡先	電話番号					FAX番号					
管理者	フリガナ					住所	(〒)					
	名前											
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)											
	他の事業所又は施設の従業者との兼務の状況(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										
当該事業の実施について定めてある定款等の条項						第 条 第 項 第 号						
児童発達支援管理責任者	フリガナ					住所	(〒)					
	名前											
従業者の職種・員数		児童指導員		保育士		障がい福祉サービス経験者		指導員		児童発達支援管理責任者		
		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)												
		機能訓練担当職員		嘱託医		看護職員		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)												
設備の概要												
指導訓練室の面積		平方メートル/障がい児1人当たり										
営業日		月	火	水	木	金	土	日	祝	その他の年間の休業日		
営業時間		サービス提供時間 ①				:	~	:	②		:	備考
主として通わせる児童の種別		特定なし		重症心身障がい		肢体不自由		難聴		知的障がい		
										発達障がいその他		
利用定員		人				※基準上の必要定員				人		
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						
送迎実施の有無		有 ・ 無										
多機能型実施の有無		有 ・ 無										
添付書類		別紙のとおり										

注1 用紙の大きさは、日本工業規格A列4とする。

- ※印のある「基準上の必要人数」、「基準上の必要定員」欄には、記入しないこと。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか又は別の用紙に記入して添付すること。
- 「看護職員」とは保健師、助産師、看護師又は准看護師をいう。
- 「指導訓練室の面積」欄は、指導訓練室の床面積を利用定員で除した数を記入すること。
- 「第三者評価の実施状況」、「送迎の実施の有無」「多機能型実施の有無」欄は、該当するものを○で囲むこと。
- 「営業日」欄は営業をする曜日に○を付け、その他の年間の休業日を記入すること。
- サービス提供時間は、送迎の時間を含めないこと。
- 「主たる対象者」欄は、主たる対象とする障がいの種類について該当する欄に○を記入すること。
- 「その他の費用」欄は、利用者等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入すること。
- 従たる事業所を設置する場合又は複数の児童発達支援の単位を設置する場合は、本表に主たる事業所又は1単位目について記入し、従たる事業所又は2単位目以降については付表2-2に記入すること。
- 多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表7を併せて提出すること。

付表2-2 従たる事業所又は2単位目以降の支援提供単位に係る記載事項

()単位目

事業所	フリガナ											
	名称											
	所在地	(〒) 福山市										
	連絡先	電話番号					FAX番号					
児童発達支援管理責任者	フリガナ					住所	(〒)					
	名前											
従業者の職種・員数		児童指導員		保育士		障がい福祉サービス経験者		指導員		児童発達支援管理責任者		
		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)												
		機能訓練担当職員		嘱託医		看護職員		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)												
設備の概要												
指導訓練室の面積		平方メートル/障がい児1人当たり										
営業日	月	火	水	木	金	土	日	祝	その他年間の休業日			
営業時間	サービス提供時間 ① : ~ : ② : ~ :								備考			
主として通わせる児童の種別	特定なし	重症心身障がい		肢体不自由		難聴		知的障がい		発達障がいその他		
利用定員	人					※基準上の必要定員			人			
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					
送迎実施の有無	有 ・ 無											
多機能型実施の有無	有 ・ 無											
添付書類	別紙のとおり											

注1 用紙の大きさは、日本工業規格A列4とする。

- ※印のある「基準上の必要人数」、「基準上の必要定員」欄には、記入しないこと。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか又は別の用紙に記入して添付すること。
- 「看護職員」とは保健師、助産師、看護師又は准看護師をいう。
- 「指導訓練室の面積」欄は、指導訓練室の床面積を利用定員で除した数を記入すること。
- 「第三者評価の実施状況」、「送迎の実施の有無」「多機能型実施の有無」欄は、該当するものを○で囲むこと。
- 「営業日」欄は営業をする曜日に○を付け、その他の年間の休業日を記入すること。
- サービス提供時間は、送迎の時間を含まないこと。
- 「主たる対象者」欄は、主たる対象とする障がいの種類について該当する欄に○を記入すること。
- 「その他の費用」欄は、利用者等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入すること。
- 多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表7を併せて提出すること。

付表3 医療型児童発達支援事業所の指定に係る記載事項

施設	フリガナ													
	名称													
	所在地	(〒) 福山市												
	連絡先	電話番号					FAX番号							
管理者	フリガナ											住所	(〒)	
	名前													
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)													
	他の事業所又は施設の従業者との兼務の状況(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											
当該事業の実施について定めてある定款等の条項							第 条 第 項 第 号							
併設する施設の名称及び概要		名称												
		概要												
児童発達支援管理責任者	フリガナ											住所	(〒)	
	名前													
従業者の職種・員数		医師		児童指導員		保育士		指導員		看護職員		理学療法士又は作業療法士		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	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)														
		児童発達支援管理責任者		機能訓練担当職員		栄養士		調理員		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	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)														
設備の概要		(該当部分を○で囲む。)												
備えている設備		医療法に規定する診療所に必要とされる設備				指導訓練室		屋外訓練場		相談室				
		調理室				浴室及び便所の手すり等身体の機能の不自由を助ける設備				緩やかな傾斜の階段				
主な 掲 示 事 項	営業日	月	火	水	木	金	土	日	祝	その他年間の休業日				
	営業時間	サービス提供時間 ①				:	~	:	②		:	~	:	備考
	利用定員	人				※基準上の必要定員				人				
	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														
多機能型実施の有無		有 ・ 無												
地域の障がい児への援助の実施		有 ・ 無												
添付書類		別紙のとおり												

注1 用紙の大きさは、日本工業規格A列4とする。

- ※印のある「基準上の必要人数」、「基準上の必要定員」欄には、記入しないこと。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか又は別の用紙に記入して添付すること。
- 「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すること。
- 「看護職員」とは保健師、助産師、看護師又は准看護師をいう。
- 「第三者評価の実施状況」、「多機能型実施の有無」、「地域の障がい児への援助の実施」欄は、該当するものを○で囲むこと。
- 「営業日」欄は営業をする曜日に○を付け、その他の年間の休業日を記入すること。
- サービス提供時間は、送迎の時間を含まない。
- 「その他の費用」欄は、利用者等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入すること。
- 多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表7を併せて提出すること。

付表4 放課後等デイサービス事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ											
	名称											
	所在地	(〒) 福山市										
	連絡先	電話番号					FAX番号					
管理者	フリガナ					住所	(〒)					
	名前					住所						
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)											
	他の事業所又は施設の従業者との兼務の状況(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										
当該事業の実施について定めてある定款等の条項						第 条 第 項 第 号						
児童発達支援管理責任者	フリガナ					住所	(〒)					
	名前					住所						
従業者の職種・員数		児童指導員		保育士		障がい福祉サービス経験者		指導員		児童発達支援管理責任者		
		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)												
		機能訓練担当職員		嘱託医		看護職員		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)												
設備の概要												
指導訓練室の面積		平方メートル/障がい児1人当たり										
営業日		月	火	水	木	金	土	日	祝	その他の年間の休業日		
営業時間		サービス提供時間 ① : ~ :				② : ~ :				備考		
主として通わせる児童の種別		特定なし		重症心身障がい		肢体不自由		難聴		知的障がい		
										発達障がいその他		
利用定員		人				※基準上の必要定員				人		
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						
送迎実施の有無		有 ・ 無										
多機能型実施の有無		有 ・ 無										
添付書類		別紙のとおり										

- 注1 用紙の大きさは、日本工業規格A列4とする。
- 2 ※印のある「基準上の必要人数」、「基準上の必要定員」欄には、記入しないこと。
- 3 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか又は別の用紙に記入して添付すること。
- 4 「看護職員」とは保健師、助産師、看護師又は准看護師をいう。
- 5 「指導訓練室の面積」欄は、指導訓練室の床面積を利用定員で除した数を記入すること。
- 6 「第三者評価の実施状況」、「送迎の実施の有無」「多機能型実施の有無」欄は、該当するものを○で囲むこと。
- 7 「営業日」欄は営業をする曜日に○を付け、その他の年間の休業日を記入すること。
- 8 サービス提供時間は、送迎の時間を含めないこと。
- 9 「主たる対象者」欄は、主たる対象とする障がいの種類について該当する欄に○を記入すること。
- 10 「その他の費用」欄は、利用者等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入すること。
- 11 従たる事業所を設置する場合又は複数の放課後等デイサービスの単位を設置する場合は、本表に主たる事業所又は1単位目について記入し、従たる事業所又は2単位目以降については付表4-2に記入すること。
- 12 多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表7を併せて提出すること。

付表4-2 従たる事業所又は2単位目以降の支援単位に係る記載事項

()単位目

事業所	フリガナ												
	名称												
	所在地	(〒) 福山市											
	連絡先	電話番号					FAX番号						
児童発達支援管理責任者	フリガナ					住所	(〒)						
	名前												
従業者の職種・員数		児童指導員		保育士		障がい福祉サービス経験者		指導員		児童発達支援管理責任者			
		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)													
		機能訓練担当職員		嘱託医		看護職員		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)													
設備の概要													
指導訓練室の面積		平方メートル/障がい児1人当たり											
営業日		月	火	水	木	金	土	日	祝	その他年間の休業日			
営業時間		サービス提供時間 ① : ~ : ② : ~ :						備考					
主として通わせる児童の種別		特定なし		重症心身障がい		肢体不自由		難聴		知的障がい			
										発達障がいその他			
利用定員		人				※基準上の必要定員				人			
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								
送迎実施の有無		有 ・ 無											
多機能型実施の有無		有 ・ 無											
添付書類		別紙のとおり											

注1 用紙の大きさは、日本工業規格A列4とする。

- ※印のある「基準上の必要人数」、「基準上の必要定員」欄には、記入しないこと。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか又は別の用紙に記入して添付すること。
- 「看護職員」とは保健師、助産師、看護師又は准看護師をいう。
- 「指導訓練室の面積」欄は、指導訓練室の床面積を利用定員で除した数を記入すること。
- 「第三者評価の実施状況」、「送迎の実施の有無」「多機能型実施の有無」欄は、該当するものを○で囲むこと。
- 「営業日」欄は営業をする曜日に○を付け、その他の年間の休業日を記入すること。
- サービス提供時間は、送迎の時間を含まないこと。
- 「主たる対象者」欄は、主たる対象とする障がいの種類について該当する欄に○を記入すること。
- 「その他の費用」欄は、利用者等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入すること。
- 多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表7を併せて提出すること。

付表5 居宅訪問型児童発達支援事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ											
	名称											
	所在地	(〒) 福山市										
	連絡先	電話番号					FAX番号					
管理者	フリガナ					住所	(〒)					
	名前											
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)											
	他の事業所又は施設の従業者との兼務の状況(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										
当該事業の実施について定めてある定款等の条項						第 条 第 項 第 号						
児童発達支援管理責任者	フリガナ					住所	(〒)					
	名前											
従業者の職種・員数		訪問支援員		児童発達支援管理責任者		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)												
設備の概要												
専用の区画の有無		有・無 (事務室, 利用申込みの受付, 相談等に対応する適切なスペースの有無)										
主な 掲 示 事 項	営業日	月	火	水	木	金	土	日	祝	その他年間の休業日		
	営業時間	サービス提供時間 : ~ :							備考			
	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		
	協力医療機関		名称						主な診療科名			
多機能型実施の有無		有・無										
添付書類		別紙のとおり										

- 注1 用紙の大きさは、日本工業規格A列4とする。
- ※印のある「基準上の必要人数」欄には、記入しないこと。
 - 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか又は別の用紙に記入して添付すること。
 - 「専用区画の有無」、「第三者評価の実施状況」、「多機能型実施の有無」欄は、該当するものを○で囲むこと。
 - 「営業日」欄は営業をする曜日に○を付け、その他の年間の休業日を記入すること。
 - 「その他の費用」欄は、利用者等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入すること。
 - 多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表7を併せて提出すること。

付表6 保育所等訪問支援事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ											
	名称											
	所在地	(〒) 福山市										
	連絡先	電話番号					FAX番号					
管理者	フリガナ					住所	(〒)					
	名前											
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)											
	他の事業所又は施設の従業者との兼務の状況(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					
当該事業の実施について定めてある定款等の条項						第 条 第 項 第 号						
児童発達支援管理責任者	フリガナ					住所	(〒)					
	名前											
従業者の職種・員数		訪問支援員		児童発達支援管理責任者		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)												
設備の概要												
専用の区画の有無		有・無 (事務室, 利用申込みの受付, 相談等に対応する適切なスペースの有無)										
主な掲二	営業日	月	火	水	木	金	土	日	祝	その他年間の休業日		
	営業時間	サービス提供時間							:	~	:	備考
	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												
多機能型実施の有無		有・無										
添付書類		別紙のとおり										

注1 用紙の大きさは、日本工業規格A列4とする。

- ※印のある「基準上の必要人数」欄には、記入しないこと。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか又は別の用紙に記入して添付すること。
- 「専用区画の有無」、「第三者評価の実施状況」、「多機能型実施の有無」欄は、該当するものを○で囲むこと。
- 「営業日」欄は営業をする曜日に○を付け、その他の年間の休業日を記入すること。
- 「その他の費用」欄は、利用者等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入すること。
- 多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表7を併せて提出すること。



付表7 多機能型による事業を実施する場合又は従たる事業所がある場合の記載事項(総括表)

多機能型事業所の 種別・名称等	名称	所在地	単位の 有無		利用 定員 (人)	計					
			有	無							
児童発達支援			有	無							
従たる事業所			有	無							
医療型児童発達支援			/								
放課後等デイサービス			有	無							
従たる事業所			有	無							
居宅訪問型児童発達支援			/								
保育所訪問支援			/								
多機能型の定員の特例措置の有無			有 ・ 無		合 計						
(障害福祉サービス事業所)											
多機能型事業所の 種別・名称等	名称	所在地			利用 定員 (人)	計					
従たる事業所											
従たる事業所											
管理者	フリガナ	(〒)									
	名 前	住 所									
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)										
	他の事業所又は施設の 従業者との兼務の状況 (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								
主として通わせる児童の種別	特定なし	重症心身障がい	肢体不自由	難聴	知的障がい	発達障がいその他					
多機能型事業所の 従業者の職種・員数											
従業者数		児童発達支援管理責任者		サービス管理責任者		医師(嘱託医含む)		児童指導員		保育士	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤(人)											
非常勤(人)											
常勤換算後の人数(人)											
従業者数		障害福祉サービス経験者		指導員		生活支援員		職業指導員		看護職員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤(人)											
非常勤(人)											
常勤換算後の人数(人)											
従業者数		理学療法士又は作業療法士		言語聴覚士		機能訓練担当職員		訪問支援員		栄養士	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤(人)											
非常勤(人)											
常勤換算後の人数(人)											
従業者数		調理員		その他の従業者							
		専従	兼務	専従	兼務						
常勤(人)											
非常勤(人)											
常勤換算後の人数(人)											

注1 用紙の大きさは、日本工業規格A列4とする。

2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか又は別の用紙に記入して添付すること。

3 「看護職員」とは保健師、助産師、看護師又は准看護師をいう。

4 「単位の有無」、「多機能型の定員の特例措置の有無」欄は、該当するものを○で囲むこと。

5 「主たる対象者」欄は、主たる対象とする障がいの種類について該当する欄に○を記入すること。