

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

出張所等がある場合は、付表1-2に記入してください。

※受付番号

事業所	フリガナ	ヘルパーステーションマルマル								
	名称	ヘルパーステーション〇〇								
	所在地	(〒 ΔΔΔΔ-ΔΔΔΔ ) 福山市〇〇町〇〇ΔΔ番地								
連絡先	電話番号	ΔΔΔΔ-ΔΔ-ΔΔΔΔ	FAX番号	ΔΔΔΔ-ΔΔ-ΔΔΔΔ						
	フリガナ	フクシ タロウ		(〒 ΔΔΔΔ-ΔΔΔΔ )						
管理者	名前	福祉 太郎	住所	〇〇市〇〇町Δ番Δ号						
	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	ヘルパーステーション〇〇(介護保険)							
		兼務する職種及び勤務時間等	管理者 8 時間/日							
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等又は条例等		第1条 第1項 第2号								
サービス提供者責任者	フリガナ	シエン ハナコ		(〒 ΔΔΔΔ-ΔΔΔΔ )						
	名前	支援 花子		福山市〇〇町●●Δ番地						
従業員	従業員の種類・員数		居宅介護事業従業者		その他の従業者					
	従業員数	常勤(人)	専従	兼務	専従	兼務				
		非常勤(人)		2		1				
	常勤換算後の人数(人)		3.5							
※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	その他年間の休業日
	営業時間	〇	〇	〇	〇	〇	〇			12月28日~1月3日
	サービス内容	居宅介護(身体介護・通院介助・家事援助・通院等乗降介助)・ <b>重度訪問介護</b> ・ <b>同行援護</b> ・ <b>行動援護</b>								
	主たる対象者	居宅介護(なし)・ <b>身体障がい者</b> ・ <b>知的障がい者</b> ・ <b>精神障がい者</b> ・ <b>難病等対象者</b> ・ <b>障がい者</b> 重度訪問介護 <b>特定な</b> ・ <b>加算対象者以外</b> 同行援護 <b>特定な</b> ・ <b>身体障がい者</b> ・ <b>障がい児</b> 行動援護 <b>特定な</b> ・ <b>知的障がい者</b> ・ <b>障がい児</b> ・ <b>精神障がい者</b>								
利用料	<b>運営規程に定めるとおり</b>									
その他の費用	<b>運営規程に定めるとおり</b>									
通常の事業の実施地域	①( 〇〇町全域 ) ②( 〇〇市の一部 ) ③( ) ④( ) 備考: 〇〇市は〇〇, 〇〇の区域を除く									
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	している ・ <b>していない</b>								
	苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)	ΔΔΔΔ-ΔΔ-ΔΔΔΔ	担当者	支援 花子					
添付書類	別紙のとおり									

運営規程に従って記入してください。

従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表とも一致させてください。

市町村の区域の一部を実施地域とする場合は、地域が明確となるよう定めてください。

- 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「受付番号」、「基準上の必要人数」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 居宅介護、重度訪問介護、同行援護及び行動援護を一体的に行う場合は、本様式にまとめて記入すること。
- 5 「居宅介護従業者等との兼務の有無」、「サービス内容」、「主たる対象者」、「第三者評価の実施状況」欄は、該当するものを○で囲むこと。
- 6 「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。
- 7 「その他の費用」欄には、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。
- 8 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記入することとし、当該区域の全部又は一部の別を記入すること。なお、一部の地域が実施地域である場合は、地図を添付するなどして実施地域を明確にすること。
- 9 出張所等がある場合は、付表1-2に記入すること。この場合、従業員については、本表中に出張所等に勤務する者も含めて記入すること。

付表1-2 居宅介護等を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

※受付番号

事業所	フリガナ	ヘルパーステーションマルマル パツパツシュツョウシヨ										
	名称	ヘルパーステーション〇〇 ××出張所										
	所在地	(〒 ΔΔΔ-ΔΔΔΔ ) 福山市〇〇町××ΔΔΔ番地										
主な 掲 示 事 項	連絡先	電話番号	ΔΔΔΔ-ΔΔ-ΔΔΔΔ					FAX番号	ΔΔΔΔ-ΔΔ-ΔΔΔΔ			
	営業日	月	火	水	木	金	土	日	祝	その他年間の休業日		
	営業時間	〇	〇	〇	〇	〇	〇			12月28日~1月3日		
	サービス内容	居宅介護(身体介護・通院介助・家事援助・通院等乗降介助)・ <b>重度訪問介護</b> ・同行援護・ <b>行動援護</b>										
	主たる対象者	居宅介護	特定なし・ <b>身体障がい者</b> ・知的障がい者・精神障がい者・難病等対象者・障がい									
		重度訪問介護	特定なし・加算対象者以外									
		同行援護	特定なし・身体障がい者・障がい児									
		行動援護	特定なし・ <b>知的障がい者</b> ・障がい児・精神障がい者									
	利用料	運営規程に定めるとおり										
	その他の費用	運営規程に定めるとおり										
通常の事業の実施地域	①( 〇〇町全域 ) ②( 〇〇市の一部 ) ③( ) ④( ) 備考: 〇〇市は〇〇, 〇〇の区域を除く											
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	している・ <b>していない</b>										
	苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)	ΔΔΔΔ-ΔΔ-ΔΔΔΔ			担当者	支援 花子					
	その他											
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「受付番号」、「基準上の必要人数」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 居宅介護、重度訪問介護、同行援護及び行動援護を一体的に行う場合は、本様式にまとめて記入すること。
- 5 「サービス内容」、「主たる対象者」、「第三者評価の実施状況」欄は、該当するものを○で囲むこと。
- 6 「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。
- 7 「その他の費用」欄には、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。
- 8 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記入することとし、当該区域の全部又は一部の別を記入すること。なお、一部の地域が実施地域である場合は、地図を添付するなどして実施地域を明確にすること。

付表2 療養介護事業所の指定に係る記載事項

複数のサービス提供単位がある場合は、サービス提供単位ごとに作成するものとし、2単位目以降の単位については、付表2-2に記入してください。

※受付番号

事業所	フリガナ	マルマルエン									
	名称	〇〇園									
	所在地	(〒 ΔΔΔ-ΔΔΔΔ ) 福山市〇〇町〇〇ΔΔ番地									
管理者	連絡先	電話番号	ΔΔΔΔ-ΔΔ-ΔΔΔΔ	FAX番号	ΔΔΔΔ-ΔΔ-ΔΔΔΔ						
	フリガナ	フクシ タロウ		住所	(〒 ΔΔΔ-ΔΔΔΔ ) 〇〇市〇〇町Δ番Δ号						
	名前	福祉 太郎		当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)							
サービス管理責任者	フリガナ	シエン ハナコ		住所	(〒 ΔΔΔ-ΔΔΔΔ ) 福山市〇〇町●●Δ番地						
	名前	支援 花子		当該事業の実施について定めてある定款等の条項							
	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		〇〇園(重症心身障害児施設)						
		兼務する職種及び勤務時間等		管理者 8 時間/日							
当該事業の実施について定めてある定款等の条項				第1条 第1項 第2号							
従業員数		サービス管理責任者		医師		看護職員		生活支援員(看護職員)		生活支援員(看護職員以外)	
		専従		専従		専従		専従		専従	
従業員数		兼務		兼務		兼務		兼務		兼務	
常勤(人)		1		4		10		5		5	
非常勤(人)											
常勤換算後の人数(人)						10.0		5.0		5.0	
※基準上の必要人数(人)											
前年度の平均利用者数(新設の場合推定数)						18.0		人		※基準上の必要定員	
利用定員		20		人						人	
利用料		運営規程に定めたとおり									
その他の費用		運営規程に定めたとおり									
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)		ΔΔΔΔ-ΔΔ-ΔΔΔΔ		担当者		支援 花子			
その他											
添付書類		別紙のとおり									

運営規程に従って記入してください。

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表とも一致させてください。

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「受付番号」、「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」とは看護師、准看護師又は看護補助者をいう。
- 「第三者評価の実施状況」欄は、該当するものを○で囲むこと。
- 新設の場合、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入すること。
- 「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。
- 複数の指定療養介護の単位を設置する場合は、本表に1単位目について記入し、2単位目以降については付表2-2に記入すること。

平均利用者数は、前年度の利用者延べ数を開所日数で除して得ます。(小数点以下第2位切上げ)  
ただし、新設の場合は利用定員の90%とし、特定旧法指定施設からの転換の場合は申請日の前日から直近1月間の実績により算定します。

付表2-2 2単位目以降のサービス提供単位に係る記載事項

( 2 単位目)

※受付番号

事業所	フリガナ	マルマルエン										
	名称	〇〇園										
	所在地	(〒 ΔΔΔ-ΔΔΔΔ ) 福山市〇〇町〇〇ΔΔ番地										
	連絡先	電話番号	ΔΔΔΔ-ΔΔ-ΔΔΔΔ				FAX番号	ΔΔΔΔ-ΔΔ-ΔΔΔΔ				
従業者の職種・員数	サービス管理責任者		医師		看護職員		生活支援員(看護職員)		生活支援員(看護職員以外)			
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
	従業者数	常勤(人)		1		4	10		5		5	
		非常勤(人)										
	常勤換算後の人数(人)						10.0		5.0		5.0	
	※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(新設の場合推定数)		18.0 人										
主な 掲 示 事 項	利用定員	20 人				※基準上の必要定員		人				
	利用料	運営規程に定めるとおり										
	その他の費用	運営規程に定めるとおり										
	その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	している ・ <input checked="" type="radio"/> していない									
		苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)		ΔΔΔΔ-ΔΔ-ΔΔΔΔ				担当者	支援 花子		
		その他										
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「受付番号」、「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」とは看護師、准看護師又は看護補助者をいう。

5 「第三者評価の実施状況」欄は、該当するものを○で囲むこと。

6 新設の場合、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入すること。

7 「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。

8 複数の指定療養介護の単位を設置する場合は、本表に1単位目について記入し、2単位目以降については付表2-2に記入すること。

付表3 生活介護事業所の指定に係る記載事項

※受付番号

従たる事業所がある場合又は複数のサービス提供単位がある場合は、事業所ごと又はサービス提供単位ごとに作成するものとし、従たる事業所又は2単位目以降の単位については、

事業所	フリガナ	マルマルエン						
	名称	〇〇園						
	所在地	(〒 ΔΔΔ-ΔΔΔΔ ) 福山市〇〇町〇〇ΔΔ番地						
管理者	連絡先	電話番号 ΔΔΔΔ-ΔΔ-ΔΔΔΔ	FAX番号 ΔΔΔΔ-ΔΔ-ΔΔΔΔ					
	フリガナ	フクシ タロウ						
	名前	福祉 太郎	住所 (〒 ΔΔΔ-ΔΔΔΔ ) 〇〇市〇〇町Δ番Δ号					
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)							
他	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	〇〇園(旧知的障害者更生施設)					
		兼務する職種及び勤務時間等	管理者 8 時間/日					
当該事業の実施について定めてある定款等の条項		第1条 第1項 第2号						
サービス管理責任者	フリガナ	シエン ハナコ						
	名前	支援 花子	住所 (〒 ΔΔΔ-ΔΔΔΔ ) 福山市〇〇町●●Δ番地					
従業者の職種・員数	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
	従業者数	常勤(人)			1			
		非常勤(人)		1		1		
	常勤換算後の人数(人)				0.5			
	※基準上の必要人数(人)							
			生活支援員	機能訓練指導員	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
	従業者数	常勤(人)	2					
		非常勤(人)						
常勤換算後の人数(人)		2.0						
※基準上の必要人数(人)								
前年度の平均利用者数(新設の場合推定数)		9.0 人		前年度の平均障害支援区分(新設の場合推定数)		4未満・4以上5未満・5以上		
主な揭示事項	営業日	月 火 水 木 金 土 日 祝	その他年間の休業日					
	営業時間	〇 〇 〇 〇 〇	16:00	備考				
	主たる対象者	特定なし	身体障がい者 細分なし 肢体不自由 視覚障がい 聴覚・言語 内部障がい					
		知的障がい者	精神障がい者		難病等対象者			
	利用定員	10 人		※基準上の必要定員		人		
多機能型実施の有無			有・無					
利用料	運営規程に定めるとおり							
その他の費用	運営規程に定めるとおり							
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	している		している				
	苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)		ΔΔΔΔ				
協力医療機関	名称	〇〇医院						
添付書類	別紙のとおり							

運営規程に従って記入してください。

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表とも一致させてください

平均障害支援区分も、前年度の実績により算定しますが、(算式は指定基準の解釈通知参照)  
新設の場合は利用予定者の障害支援区分などから推計するものとし、特定旧法指定施設からの転換の場合は申請日の前日から直近1月間の実績により算定します。(この場合、特定旧法受給者は、除いて算定します。)  
なお、複数のサービス提供単位がある場合は、単位ごとに平均を算定しますが、主たる事業所と従たる事業所の場合は合わせて平均を

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「受付番号」、「基準上の必要人数」、「基準上の必要定員」欄には、記入  
 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  
 4 「看護職員」とは保健師又は看護師若しくは准看護師をいう。  
 5 「前年度の平均障害支援区分」、「多機能型実施の有無」、「第三者評価の実施状況」欄は、該当するものを○で囲むこと。  
 6 新設の場合、「前年度の平均利用者数」、「前年度の平均障害支援区分」欄は推定数を記入すること。  
 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 「主たる対象者」欄は、事業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。  
 9 「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。  
 10 従たる事業所を設置する場合又は複数の指定生活介護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3-2に記入すること。  
 11 多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表13を併せて提出すること。

付表3-2 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

( 単位目 )

※受付番号

事業所	フリガナ	マルマルエン										
	名称	〇〇園(●●事業所)										
	所在地	(〒 ΔΔΔ-ΔΔΔΔ ) 福山市〇〇町●●ΔΔΔ番地										
	連絡先	電話番号	ΔΔΔΔ-ΔΔ-ΔΔΔΔ				FAX番号	ΔΔΔΔ-ΔΔ-ΔΔΔΔ				
サービス管理責任者	フリガナ	シエン ハナコ					住所	(〒 ΔΔΔ-ΔΔΔΔ )				
	名前	支援 花子					福山市〇〇町●●ΔΔΔ番地					
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)				1							
	非常勤(人)		1			1						
常勤換算後の人数(人)						0.3						
※基準上の必要人数(人)												
		生活支援員		機能訓練指導員		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)	1										
	非常勤(人)	1										
常勤換算後の人数(人)		1.5										
※基準上の必要人数(人)												
前年度の平均利用者数(新設の場合推定数)		5.4		人		前年度の平均障害支援区分(新設の場合推定数)		4未満・4以上5未満・5以上				
主な揭示事項	営業日	月	火	水	木	金	土	日	祝	その他年間の休業日		
		〇	〇	〇	〇	〇				12月28日から1月3日まで		
	営業時間	9:00 ~ 16:00			備考							
	主たる対象者	特定なし		身体障がい者		知的障がい者		精神障がい者		難病等対象者		
				細分なし		肢体不自由		視覚障がい		聴覚・言語		内部障がい
	利用定員	6		人		※基準上の必要定員				人		
	多機能型実施の有無			有		無						
	利用料	運営規程に定めるとおり										
その他の費用	運営規程に定めるとおり											
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)		ΔΔΔΔ-ΔΔ-ΔΔΔΔ		担当者		支援 花子				
	その他											
協力医療機関	名称	〇〇医院				主な診療科名		内科・小児科				
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「受付番号」、「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」とは保健師又は看護師若しくは准看護師をいう。  
 5 「前年度の平均障害支援区分」、「多機能型実施の有無」、「第三者評価の実施状況」欄は、該当するものを○で囲むこと。  
 6 新設の場合、「前年度の平均利用者数」、「前年度の平均障害支援区分」欄は推定数を記入すること。  
 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 「主たる対象者」欄は、事業の主たる対象とする障がいの種類の特定の有無及び特定する場合の障がい種別について該当する欄に○を記入する。  
 9 「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。  
 10 多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表13を併せて提出すること。

付表4 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	マルマルエン												
	名称	〇〇園												
	所在地	(〒 ΔΔΔ-ΔΔΔΔ) 福山市〇〇町〇〇ΔΔ番地												
管理者	連絡先	電話番号	ΔΔΔΔ-ΔΔ-ΔΔΔΔ	FAX番号	ΔΔΔΔ-ΔΔ-ΔΔΔΔ									
	フリガナ	フクシ タロウ		住所	(〒 ΔΔΔ-ΔΔΔΔ) 〇〇市〇〇町Δ番Δ号									
	名前	福祉 太郎												
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	〇〇園(旧知的障害者更生施設)												
	兼務する職種及び勤務時間等	管理者 8 時間/日												
事業所の種別	併設型 ・ 空床型 ・ 単独型													
利用定員(併設型・単独型の場合記入)	5 人		前年度の平均入所者数(新規の場合は推定数)		4.5 人									
本体施設(併設型・空床型の場合記入)	名称	〇〇園		入所者の定員		30 人								
	施設種別等	旧知的障害者更生施設		前年度の平均入所者数		28.5 人								
単独型事業所の居室	1室の最大定員	人		入所者1人当たりの最小床面積		㎡								
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等又は条例等				第1条第1項第2号										
従業者の職種・員数	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)			1			1						
		非常勤(人)		1										
	常勤換算後の人数(人)								1.0					
	※基準上の必要人数(人)													
	職能判定員		理学療法士等		合計		機能訓練指導員		あん摩マッサージ指圧師		生活支援員			
	専従   兼務		専従   兼務		専従   兼務		専従   兼務		専従   兼務		専従   兼務		専従   兼務	
	従業者数	常勤(人)											7	
		非常勤(人)												
	常勤換算後の人数(人)												7.0	
	※基準上の必要人数(人)													
職業指導員 作業指導員		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)	2												
	非常勤(人)													
常勤換算後の人数(人)		2.0												
※基準上の必要人数(人)														
主な揭示事項	主たる対象者	特定なし・身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者・難病等対象者・障がい児												
	利用料	運営規程に定めるとおり												
	その他の費用	運営規程に定めるとおり												
	第三者評価の実施状況	している・していない												
	その他参考となる事項	苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)	ΔΔΔΔ-ΔΔ-ΔΔΔΔ		担当者	支援 花子							
協力医療機関	名称	〇〇医院		主な診療科名	内科・小児科									
添付書類	別紙のとおり													

平均入所者数は、前年度の入所者延べ数を開所日数で除して得ます。(小数点以下第2位切上げ)ただし、新設の場合は利用定員の

運営規程に従って記入してください。

併設型、空床型の場合、本体施設の従業者と合わせて記入してください。従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表と一致させてください。

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「受付番号」、「基準上の必要人数」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 「事業所の種別」、「主たる対象者」、「第三者評価の実施状況」欄は、該当するものを○で囲むこと。  
 5 新設の場合は、「前年度の平均入所者数」欄は推定数を記入すること。  
 6 併設型・空床型の場合は、「従業者の職種・員数」欄は本体施設を含めた全ての職種について記入すること。  
 7 「従業者の職種・員数」欄のうち、「兼務」欄には、本体施設を除く併設事業所等との兼務を行う職員について記入すること。  
 8 「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。

付表5 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	ヘルパーステーションマルマル			
	名称	ヘルパーステーション〇〇			
	所在地	(〒 ΔΔΔ-ΔΔΔΔ ) 福山市〇〇町〇〇ΔΔ番地			
連絡先	電話番号	ΔΔΔΔ-ΔΔ-ΔΔΔΔ	FAX番号	ΔΔΔΔ-ΔΔ-ΔΔΔΔ	
管理者	フリガナ	フクシ タロウ	住所	(〒 ΔΔΔ-ΔΔΔΔ ) 〇〇市〇〇町Δ番Δ号	
	名前	福祉 太郎	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	ヘルパーステーション〇〇		
		兼務する職種及び勤務時間等	管理者 8 時間/日		
	当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等又は条例等			第1条 第1項 第2号	
サービス提供責任者	フリガナ	フクシ タロウ	住所	(〒 ΔΔΔ-ΔΔΔΔ ) 〇〇市〇〇町Δ番Δ号	
事業所の体制					
他に指定を受けている障害福祉サービス等	種類	事業所名	事業所番号		
	居宅介護	ヘルパーステーション〇〇	341*****		
委託による提携事業所	種類	事業所名	事業所番号		
	短期入所	●●短期入所事業所	341*****		
協力医療機関	名称	〇〇医院	主な診療科名	内科・小児科	
利用者からの連絡対応体制の概要 利用者からの電話等により常に連絡がとれる体制をとっている。					
主な 掲 示 事 項	主たる対象者	特定なし ・ I 類型 ・ II 類型 ・ III 類型			
	利用者数	5 人			
	利用料	運営規程に定めるとおり			
	その他の費用	運営規程に定めるとおり			
	通常の事業の実施地域	①( 〇〇町全域 ) ②( 〇〇市の一部 ) ③( ) ④( ) 備考: 〇〇市は〇〇, 〇〇の区域を除く			
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)	ΔΔΔΔ-ΔΔ-ΔΔΔΔ	担当者 支援 花子	
	その他				
添付書類	別紙のとおり				

運営規程に従って記入してください。

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「受付番号」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 「サービス提供責任者との兼務の有無」、「主たる対象者」、「第三者評価の実施状況」欄は、該当するものを○で囲むこと。なお、「主たる対象者」欄は、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がい者を対象とする場合は「I 類型」、最重度知的障がい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、特定しない場合は「特定なし」を選択すること。  
 5 「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入すること。なお、同時に指定を受けようとする場合は事業所番号の記入は不要とする。  
 6 第三者に委託して障害福祉サービスを提供する場合は、予定している事業者を「委託による提携事業所」欄に記入すること。  
 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入すること。  
 8 「その他の費用」欄には、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。  
 9 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町名を記入することとし、当該区域の全部又は一部の別を記入すること。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すること。

付表6 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

受付番号

その1

主たる事業所	フリガナ	マルマルホーム					
	名称	〇〇ホーム					
	所在地	(〒 ΔΔΔ-ΔΔΔΔ) 福山市〇〇町〇〇10番地					
管理者	連絡先	電話番号	ΔΔΔΔ-ΔΔ-ΔΔΔΔ	FAX番号	ΔΔΔΔ-ΔΔ-ΔΔΔΔ		
	フリガナ	フクシ タロウ			住所	(〒 ΔΔΔ-ΔΔΔΔ)	
	名前	福祉 太郎			住所	〇〇市〇〇町Δ番Δ号	
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	障害者支援施設〇〇園					
	兼務する職種及び勤務時間等	管理者 8 時間/日					
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等又は条例等				第1条 第1項 第2号			
地域移行型ホーム該当の有無				有 ・ 無			
経過の居宅介護利用型該当の有無				有 ・ 無			
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					
	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					
利用定員数	共同生活援助(グループホーム)			人			
前年度の平均利用者数(新規の場合は推定数)	共同生活援助(グループホーム)			人			
サービス管理責任者	フリガナ	シエン ハナコ			住所	(〒 ΔΔΔ-ΔΔΔΔ)	
	名前	支援 花子			住所	福山市〇〇町●●Δ番地	
従業者の職種・員数	サービス管理責任者		生活支援員		世話人		
	専従		兼務		専従		
	兼務		専従		兼務		
	従業者数	常勤(人)	1	1	2		
		非常勤(人)			2		
常勤換算後の人数(人)		1.0		3.0			
※基準上の必要人数(人)							
同一敷地内にある入所施設又は病院の名称(地域移行型ホームの場合記入)							
居宅介護従業者の外部委託の予定		有 (月 時間) ・ 無					
障害者支援施設等との連携体制	連携施設の種別・名称	障害者支援施設			〇〇園		
	支援体制の概要	別紙障害者支援施設等との連携・支援体制の概要のとおり					
平成18年9月30日において、居宅介護(身体介護・家事援助・日常生活支援)を利用している利用者数(経過の居宅介護利用型の場合記入)				人			
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)	ΔΔΔΔ-ΔΔ-ΔΔΔΔ	担当者	支援 花子		
	その他						
協力医療機関	名称	××医院			主な診療科名	内科, 小児科	
協力歯科医療機関	名称	〇〇歯科医院					
添付書類	別紙のとおり						

平均利用者数は、前年度の利用者延べ数を開所日数で除して得ます。(小数点以下第2位切上げ)ただし、新設の場合は利用定員の

運営規程に従い事業所全体の数値で記入してください。

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表とも一致させてください。

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「受付番号」、「従業者数(換算)」、「基準上の必要人数」欄には、記載しないこと。  
 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 「地域移行型ホーム該当の有無」、「経過の居宅介護利用型該当の有無」、「居宅介護従業者の外部委託の予定」、「第三者評価の実施状況」欄は、該当するものを○で囲むこと。  
 5 「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も、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6) その2

共同生活住居①	フリガナ	マルマルホーム				
	名称	〇〇ホーム				
	所在地	(〒 ΔΔΔ-ΔΔΔΔ) 福山市〇〇町〇〇10番地				
	連絡先	電話番号	ΔΔΔΔ-ΔΔ-ΔΔΔΔ	FAX番号	ΔΔΔΔ-ΔΔ-ΔΔΔΔ	
	建物の形態	①住居区分	〇 一戸建て・アパート・マンション・その他 ( )			
		②建物所有者名	ΔΔΔ不動産			
		③賃貸借契約の内容	ア 敷金	300,000 円	イ 礼金	円
			ウ 家賃(月額)	20,000 円		
			エ 契約期間	2014年4月1日 ~ 2015年3月31日		
		オ 賃借料がない理由				
④住居の利用定員数	10 人	⑤居室数	10 室	(うち個室 10 室)		
⑥入居者1人当たりの居室の最小床面積	9.0 m <sup>2</sup>					
一体的に運営するサテライト型住居 1 か所						
一体的に運営するサテライト型住居の利用者から連絡を受ける通信機器 電話(ΔΔΔΔ-ΔΔ-ΔΔΔΔ)						
主たる対象者		身体障がい者 ・ 知的障がい者 ・ 精神障がい者 ・ 難病等対象者				
利用料		運営規程に定めるとおり				
その他の費用		運営規程に定めるとおり				
共同生活住居②	フリガナ					
	名称					
	所在地	(〒 ) 福山市				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	建物の形態	①住居区分	一戸建て・アパート・マンション・その他 ( )			
		②建物所有者名				
		③賃貸借契約の内容	ア 敷金	円	イ 礼金	円
			ウ 家賃(月額)	円		
			エ 契約期間	~		
		オ 賃借料がない理由				
④住居の利用定員数	人	⑤居室数	室	(うち個室 室)		
⑥入居者1人当たりの居室の最小床面積	m <sup>2</sup>					
一体的に運営するサテライト型住居 か所						
一体的に運営するサテライト型住居の利用者から連絡を受ける通信機器						
主たる対象者		身体障がい者 ・ 知的障がい者 ・ 精神障がい者 ・ 難病等対象者				
利用料						
その他の費用						
共同生活住居③	フリガナ					
	名称					
	所在地	(〒 ) 福山市				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	建物の形態	①住居区分	一戸建て・アパート・マンション・その他 ( )			
		②建物所有者名				
		③賃貸借契約の内容	ア 敷金	円	イ 礼金	円
			ウ 家賃(月額)	円		
			エ 契約期間	~		
		オ 賃借料がない理由				
④住居の利用定員数	人	⑤居室数	室	(うち個室 室)		
⑥入居者1人当たりの居室の最小床面積	m <sup>2</sup>					
一体的に運営するサテライト型住居 か所						
一体的に運営するサテライト型住居の利用者から連絡を受ける通信機器						
主たる対象者		身体障がい者 ・ 知的障がい者 ・ 精神障がい者 ・ 難病等対象者				
利用料						
その他の費用						

注1 用紙の大きさは、日本工業規格A列4とする。

2 「住居区分」、「主たる対象者」欄は、該当するものを○で囲むこと。

3 「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。

(付表6) その3

サテライト型住居①	フリガナ	サテライトマルマル								
	名称	サテライト〇〇								
	所在地	(〒 ΔΔΔ-ΔΔΔΔ) 福山市〇〇町〇〇10番地								
	建物の形態	①住居区分	ア <input checked="" type="radio"/> アパート・マンション・その他 ( )							
		②建物所有者名	ΔΔΔ不動産							
		③賃貸借契約の内容	ア <input checked="" type="radio"/> 敷金	300,000	円	イ 礼金	円	ウ <input checked="" type="radio"/> 家賃(月額)	20,000	円
			エ <input checked="" type="radio"/> 契約期間	2014年4月1日	～	2015年3月31日				
			オ 賃借料がない理由							
		④住居の利用定員数	1 人							
		⑤入居者1人当たりの居室の最小床面積	7.4 m <sup>2</sup>							
本体住居の名称		〇〇ホーム								
本体住居との距離		0.4 km								
利用者が本体住居への連絡に使用する通信機器		電話(ΔΔΔΔ-ΔΔ-ΔΔΔΔ)								
主たる対象者		身体障がい者 ・ <input checked="" type="radio"/> 知的障がい者 ・ 精神障がい者 ・ 難病等対象者								
利用料		運営規程に定めるとおり								
その他の費用		運営規程に定めるとおり								
サテライト型住居②	フリガナ									
	名称									
	所在地	(〒 ) 福山市								
	建物の形態	①住居区分	アパート・マンション・その他 ( )							
		②建物所有者名								
		③賃貸借契約の内容	ア 敷金		円	イ 礼金	円	ウ 家賃(月額)	円	
			エ 契約期間	～						
			オ 賃借料がない理由							
		④住居の利用定員数	人							
		⑤入居者1人当たりの居室の最小床面積	m <sup>2</sup>							
本体住居の名称										
本体住居との距離		km								
利用者が本体住居への連絡に使用する通信機器										
主たる対象者		身体障がい者 ・ <input type="radio"/> 知的障がい者 ・ 精神障がい者 ・ 難病等対象者								
利用料										
その他の費用										

注1 用紙の大きさは、日本工業規格A列4とする。

2 「住居区分」、「主たる対象者」欄は、該当するものを○で囲むこと。

3 「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。

付表7 障害者支援施設の指定に係る記載事項

※受付番号

その1 総括表

施設	フリガナ	マルマルエン									
	名称	〇〇園									
	所在地	(〒 ΔΔΔ-ΔΔΔΔ ) 福山市〇〇町〇〇ΔΔ番地									
管理者	連絡先	電話番号	ΔΔΔΔ-ΔΔ-ΔΔΔΔ	FAX番号	ΔΔΔΔ-ΔΔ-ΔΔΔΔ						
	フリガナ	フクシ タロウ			住所	(〒 ΔΔΔ-ΔΔΔΔ )					
	名前	福祉 太郎			〇〇市〇〇町Δ番Δ号						
	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		〇〇園(旧知的障害者更生施設)							
		兼務する職種及び勤務時間等		管理者 8 時間/日							
当該事業の実施について定めてある定款等の条項				第1条 第1項 第2号							
昼間実施サービスの定員(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	就労継続支援A型	就労継続支援B型				
	50	20		10	10		10				
施設入所支援の定員(人)		40		入所を目的とする他の社会福祉施設等との併設		有 ・ 無					
併設施設の定員(人)				併設施設の種別							
短期入所の実施		併設型 (定員 5 人)		空床型		無					
従業者の職種・員数		サービス管理責任者		医師		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)	1				1					
	非常勤(人)			1							
常勤換算後の人数(人)						1.0					
※基準上の必要人数(人)											
		機能訓練指導員		生活支援員(訪問以外)		生活支援員(訪問)		職業指導員		就労支援員	
		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)	10						3		1	
	非常勤(人)	4									
常勤換算後の人数(人)		12.0				3.0		1.0			
※基準上の必要人数(人)											
		栄養士		その他の従業者							
		専従 兼務		専従 兼務							
従業者数	常勤(人)	1		1							
	非常勤(人)			3							
常勤換算後の人数(人)											
※基準上の必要人数(人)											
設備基準に関する事項				※基準上の必要値							
居室	1室の最大定員			2		人				人	
	入所者1人当たりの最小床面積			9.9		㎡				㎡	
廊下	廊下の幅			1.8		m				m	
	中廊下の幅			2.7		m				m	
既存施設から移行する場合の記載事項	移行前の施設名	〇〇園									
	移行前の施設種別	知的障害者入所更生施設									
	設備基準に関する経過措置	有 ・ 無									
主な揭示事項	第三者評価の実施状況	している ・ していない									
	その他参考となる事項	苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)	ΔΔΔΔ-ΔΔ-ΔΔΔΔ	担当者	支援 花子					
	その他										
協力医療機関	名称	〇〇医院			主な診療科名	内科・小児科					
協力歯科医療機関	名称	××歯科医院									
添付書類	別紙のとおり										

運営規程に従って記入してください。

施設全体の従業者の合計を記入してください。

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「受付番号」、「基準上の必要人数」、「基準上の必要値」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」とは保健師又は看護師若しくは准看護師をいう。

5 「入所を目的とする他の社会福祉施設との併設」、「短期入所の実施」、「設備基準に関する経過措置」、「第三者評価の実施状況」欄は、該当するものを○で囲むこと。

(付表7) その2 昼間実施サービス及び施設入所支援に係る記載事項

I 昼間実施サービスに係る記載事項

昼間実施サービスの種類		生活介護 (単位目)									
サービス管理責任者	フリガナ	シエン ハナコ									
	名前	支援 花子									
		住所		(〒)							
				福山市〇〇町●●△番地							
従業者の職種・員数		サービス管理責任者		医師		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		1				1					
常勤換算後の人数(人)				1		1.0					
※基準上の必要人数(人)											
従業者数		機能訓練指導員		生活支援員(訪問以外)		生活支援員(訪問)		職業指導員		就労支援員	
		専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務	
従業者数		5									
常勤換算後の人数(人)				5.0							
※基準上の必要人数(人)											
従業者数		栄養士		その他の従業者							
		専従 兼務		専従 兼務							
従業者数											
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(新設の場合推定数)		18.0		人		前年度の平均障害支援区分(新設の場合推定数)		4未満・4以上5未満・5以上			
主な掲示事項		営業日		月 火 水 木 金 土 日 祝		祝		その他年間の休業日			
		9:00 ~ 16:00		備考				12月28日から1月3日まで			
主たる対象者		特定なし		身体障がい者		知的障がい者		精神障がい者			
		知的障がい者		精神障がい者		難病等対象者					
利用定員		20		人		※基準上の必要定員		人			
利用料		運営規程に定めるとおり									
その他の費用		運営規程に定めるとおり									
通常の事業の実施地域		①( ) ②( ) ③( ) ④( ) ⑤( )									

複数のサービス提供単位がある場合又は複数の昼間実施サービスがある場合は、サービス提供単位ごと又はサービスの種類ごとに作成して

運営規程に従って記入してください。

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表とも一致させてください

II 施設入所支援に係る記載事項

従業者の職種・員数		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			
従業者数		1		4		1		3			
常勤換算後の人数(人)								3			
※基準上の必要人数(人)											
前年度の平均利用者数(新設の場合推定数)		36.0		人							
主な掲示事項		特定なし		身体障がい者		知的障がい者		精神障がい者			
		知的障がい者		精神障がい者		難病等対象者					
利用定員		40		人		※基準上の必要定員		人			
利用料		運営規程に定めるとおり									
その他の費用		運営規程に定めるとおり									

平均利用者数は、前年度の利用者延べ数を開所日数で除して得ます。(小数点以下第2位切上げ) ただし、新設の場合は利用定員の90%とし、特定旧法指定施設からの転換の場合は申請日の前日から直近1月間の実績により

平均障害支援区分も、前年度の実績により算定しますが、(算式は指定基準の解釈通知参照) 新設の場合は利用予定者の障害支援区分などから推計するものとし、特定旧法指定施設からの転換の場合は申請日の前日から直近1月間の実績により算定します。(この場合、特定旧法受給者は、除いて算定します。) なお、複数のサービス提供単位がある場合は、単位ごとに平均を算

- 注1 用紙の大きさは、日本工業規格A列4とする。
- 注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。
- 注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。
- 注4 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種別ごとに)複数枚に分けて記入すること。
- 注5 「前年度の平均障害支援区分」欄は、該当するものを○で囲むこと。(生活介護の場合は「前年度の平均障害支援区分」欄は、該当するものを○で囲むこと。)
- 注6 新設の場合、「前年度の平均利用者数」、「前年度の平均障害支援区分」欄は推定値を記入すること。
- 注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。
- 注8 「主たる対象者」欄は、事業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。
- 注9 「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。
- 注10 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記入することとし、当該区域の全部又は一部の別を記入すること。なお、一部の地域が実施地域である場合は、地図を添付するなどして実施地域を明確にすること。

付表8 自立訓練(機能訓練)事業所の指定に係る記載事項

※受付番号

従たる事業所がある場合は、事業所ごとに作成するものとし、従たる事業所については、付表9-2に記入してください。

事業所	フリガナ	マルマルエン										
	名称	〇〇園										
	所在地	(〒 ΔΔΔ-ΔΔΔΔ ) 福山市〇〇町〇〇Δ番地										
管理者	フリガナ	フクシ タロウ	住所 (〒 ΔΔΔ-ΔΔΔΔ )									
	名前	福祉 太郎	〇〇市〇〇町Δ番Δ号									
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)											
サービス管理責任者	フリガナ	シエン ハナコ	住所 (〒 ΔΔΔ-ΔΔΔΔ )									
	名前	支援 花子	福山市〇〇町●●Δ番地									
従業員	従業員数	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	常勤(人)		1	1								
	非常勤(人)					1						
	常勤換算後の人数(人)			1.0		0.5						
	※基準上の必要人数(人)											
	従業員数	生活支援員(訪問以外)	専従	兼務	専従	兼務	その他の従業員					
		常勤(人)	1		1							
	非常勤(人)	1										
	常勤換算後の人数(人)		1.5		1.0							
	※基準上の必要人数(人)											
前年度の平均利用者数(新設の場合推定数)	13.5 人											
主な揭示事項	営業日	月	火	水	木	金	土	日	祝	その他年間の休業日		
		○	○	○	○	○				12月28日から1月3日まで		
	営業時間	9:00 ~ 16:00								備考		
	主たる対象者	身体障がい者			難病等対象者							
		細かなし	肢体不自由	視覚障がい	聴覚・言語	内部障がい						
			○									
	利用定員	15 人				※基準上の必要定員				人		
	多機能型実施の有無	有・無				訪問事業の実施の有無				有・無		
	利用料	運営規程に定めるとおり										
	その他の費用	運営規程に定めるとおり										
通常の事業の実施地域	①( 〇〇町全域 ) ②( 〇〇市の一部 ) ③( ) ④( ) ⑤( ) 備考: 〇〇市は〇〇, 〇〇の区域を除く											
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	している・( )しない										
	苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)	ΔΔΔΔ-ΔΔ-ΔΔΔΔ			担当者	支援 花子					
協力医療機関	名称	〇〇医院			主な診療科名	内科・小児科						
添付書類	別紙のとおり											

運営規程に従って記入してください。

従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表とも一致させてください

市町村の区域の一部を実施地域とする場合は、地域が明確となるよう定めてください

- 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「受付番号」、「基準上の必要人数」、「基準上の必要定員」欄には、記入しない。  
 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。  
 4 「看護職員」とは保健師又は看護師若しくは准看護師をいう。  
 5 「多機能型実施の有無」、「訪問事業の実施の有無」、「第三者評価の実施状況」欄は、該当する場合は○を記入し、しない場合は( )を記入する。  
 6 新設の場合、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入すること。  
 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 「主たる対象者」欄は、事業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。  
 9 「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。  
 10 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記入することとし、当該区域の全部又は一部である場合は、地図を添付するなどして実施地域を明確にすること。  
 11 従たる事業所を設置する場合は、主たる事業所について記入し、従たる事業所については付表9-2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12を併せて提出すること。

平均利用者数は、前年度の利用者延べ数を開所日数で除して得られます。(小数点以下第2位切上げ)  
 ただし、新設の場合は利用定員の90%とし、特定旧法指定施設からの転換の場合は申請日の前日から直近1月間の実績により

地域が実施

付表8-2 一体的に実施する従たる事業所に係る記載事項

※受付番号

事業所	フリガナ	マルマルエン										
	名称	〇〇園(●●事業所)										
	所在地	(〒 ΔΔΔ-ΔΔΔΔ ) 福山市〇〇町●●ΔΔΔ番地										
	連絡先	電話番号	ΔΔΔΔ-ΔΔ-ΔΔΔΔ			FAX番号	ΔΔΔΔ-ΔΔ-ΔΔΔΔ					
サービス管理責任者	フリガナ	シエン ハナコ					住所	(〒 ΔΔΔ-ΔΔΔΔ ) 福山市〇〇町●●ΔΔΔ番地				
	名前	支援 花子										
従業者の職種・員数	従業者数	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	
	常勤(人)		1	1								
	非常勤(人)					1						
	常勤換算後の人数(人)			1.0		0.5						
	※基準上の必要人数(人)											
	従業者数	生活支援員(訪問以外)		生活支援員(訪問)		その他の従業者						
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務					
	常勤(人)	1										
	非常勤(人)											
常勤換算後の人数(人)	1.0											
※基準上の必要人数(人)												
前年度の平均利用者数(新設の場合推定数)		5.4 人										
主な揭示事項	営業日	月	火	水	木	金	土	日	祝	その他年間の休業日		
		○	○	○	○	○				12月28日から1月3日まで		
	営業時間	9:00 ~ 16:00			備考							
	主たる対象者	身体障がい者					難病等対象者					
		細かなし	肢体不自由	視覚障がい	聴覚・言語	内部障がい						
			○									
	利用定員	6 人					※基準上の必要定員		人			
	多機能型実施の有無	有・ <input checked="" type="radio"/> 無					訪問事業の実施の有無		有・ <input checked="" type="radio"/> 無			
	利用料	運営規程に定めるとおり										
	その他の費用	運営規程に定めるとおり										
通常の事業の実施地域	①( 〇〇町全域 ) ②( 〇〇市の一部 ) ③( ) ④( ) ⑤( ) 備考: 〇〇市は〇〇, 〇〇の区域を除く											
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	している・ <input checked="" type="radio"/> ない										
	苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)		ΔΔΔΔ-ΔΔ-ΔΔΔΔ			担当者	支援 花子				
協力医療機関	名称	〇〇医院			主な診療科名	内科・小児科						
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「受付番号」、「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」とは保健師又は看護師若しくは准看護師をいう。

5 「多機能型実施の有無」、「訪問事業の実施の有無」、「第三者評価の実施状況」欄は、該当するものを○で囲むこと。

6 新設の場合、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入すること。

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 「主たる対象者」欄は、事業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。

9 「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。

10 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記入することとし、当該区域の全部又は一部の別を記入すること。なお、一部の地域が実施地域である場合は、地図を添付するなどして実施地域を明確にすること。

11 多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表12を併せて提出すること。

付表9 自立訓練(生活訓練)事業所の指定に係る記載事項

※受付番号

従たる事業所がある場合は、事業所ごとに作成するものとし、従たる事業所については、付表10-2に

事業所	フリガナ	マルマルエン										
	名称	〇〇園										
	所在地	(〒 ΔΔΔ-ΔΔΔΔ ) 福山市〇〇町〇〇ΔΔ番地										
管理者	連絡先	電話番号	ΔΔΔΔ-ΔΔ-ΔΔΔΔ			FAX番号	ΔΔΔΔ-ΔΔ-ΔΔΔΔ					
	フリガナ	フクシ タロウ				住所	(〒 ΔΔΔ-ΔΔΔΔ ) 〇〇市〇〇町Δ番Δ号					
	名前	福祉 太郎				当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)						
サービス管理責任者	フリガナ	シエン ハナコ				住所	(〒 ΔΔΔ-ΔΔΔΔ ) 福山市〇〇町●●Δ番地					
	名前	支援 花子				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1条第1項第2号						
サービス管理責任者	フリガナ	シエン ハナコ				住所	(〒 ΔΔΔ-ΔΔΔΔ ) 福山市〇〇町●●Δ番地					
名前	支援 花子											
従業者の職種・員数	サービス管理責任者	看護職員		生活支援員(訪問以外)		生活支援員(訪問)		地域移行支援員				
	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)	1		2		1						
	非常勤(人)			1		1						
常勤換算後の人数(人)	2.5											
※基準上の必要人数(人)												
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)												
前年度の平均利用者数(新設の場合推定数)	13.5 人											
主な揭示事項	営業日	月	火	水	木	金	土	日	祝	その他年間の休業日		
		○	○	○	○	○				12月28日から1月3日まで		
	営業時間	9:00 ~ 16:00				備考						
	主たる対象者	特定なし		知的障がい者		精神障がい者		訪問事業の実施の有無		有・無		
						○		宿泊型事業の実施の有無		有・無		
	利用定員	15 人				※基準上の必要定員		人				
	多機能型実施の有無	有・無										
	利用料	運営規程に定めるとおり										
	その他の費用	運営規程に定めるとおり										
	通常の事業の実施地域	①( 〇〇町全域 ) ②( 〇〇市の一部 ) ③( ) ④( ) ⑤( ) 備考: 〇〇市は〇〇, 〇〇の区域を除く										
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)		ΔΔΔΔ-ΔΔ-ΔΔΔΔ			担当者		支援 花子			
協力医療機関	名称	〇〇医院				主な診療科名		内科・小児科				
添付書類	別紙のとおり											

運営規程に従って記入してください。

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表とも一表させていただきます

市町村の区域の一部を実施地域とする場合は、地域が明確となるよう定めてくだ

- 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「受付番号」、「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」とは保健師又は看護師若しくは准看護師をいう。
- 5 「訪問事業の実施の有無」、「宿泊型事業の実施の有無」、「多機能型実施の有無」、「第三者」とは、
- 6 新設の場合、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入すること。
- 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 「主たる対象者」欄は、事業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。
- 9 「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。
- 10 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記入することとし、当該区域の全部又は一部の別を記入すること。なお、一部の地域が実施地域である場合は、地図を添付するなどして実施地域を明確にすること。
- 11 従たる事業所を設置する場合は、主たる事業所について記入し、従たる事業所については付表10-2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12を併せて提出すること。

平均利用者数は、前年度の利用者延べ数を開所日数で除して得ます。(小数点以下第2位切上げ)ただし、新設の場合は利用定員の90%とし、特定旧法指定施設からの転換の場合は申請日の前日から直近1月間の実績により

○で囲む

付表9-2 一体的に実施する従たる事業所に係る記載事項

※受付番号

事業所	フリガナ	マルマルエン										
	名称	〇〇園(●●事業所)										
	所在地	(〒 ΔΔΔ-ΔΔΔΔ ) 福山市〇〇町●●ΔΔΔ番地										
	連絡先	電話番号	ΔΔΔΔ-ΔΔ-ΔΔΔΔ			FAX番号	ΔΔΔΔ-ΔΔ-ΔΔΔΔ					
サービス管理責任者	フリガナ	シエン ハナコ					住所	(〒 ΔΔΔ-ΔΔΔΔ ) 福山市〇〇町●●ΔΔΔ番地				
	名前	支援 花子										
従業者の職種・員数	従業者数	サービス管理責任者		看護職員		生活支援員(訪問以外)		生活支援員(訪問)		地域移行支援員		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	常勤(人)	1				1						
	非常勤(人)					1						
	常勤換算後の人数(人)					1.5						
	※基準上の必要人数(人)											
	従業者数	その他の従業者										
		専従	兼務									
	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(新設の場合推定数)	5.4 人											
主な揭示事項	営業日	月	火	水	木	金	土	日	祝	その他年度の休業日		
		○	○	○	○	○				12月28日から1月3日まで		
	営業時間	9:00 ~ 16:00			備考							
	主たる対象者	特定なし	知的障がい者		精神障がい者		訪問事業の実施の有無		有・ <input checked="" type="radio"/> 無			
					○		宿泊型事業の実施の有無		有・ <input checked="" type="radio"/> 無			
	利用定員	6 人					※基準上の必要定員		人			
	多機能型実施の有無	有・ <input checked="" type="radio"/> 無				訪問事業の実施の有無		有・無				
	利用料	運営規程に定めるとおり										
	その他の費用	運営規程に定めるとおり										
	通常の事業の実施地域	①( 〇〇町全域 ) ②( 〇〇市の一部 ) ③( ) ④( ) ⑤( ) 備考: 〇〇市は〇〇, 〇〇の区域を除く										
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	している		・ <input checked="" type="radio"/> していない								
	苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)		ΔΔΔΔ-ΔΔ-ΔΔΔΔ		担当者	支援 花子					
	その他											
協力医療機関	名称	〇〇医院			主な診療科名		内科・小児科					
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「受付番号」、「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」とは保健師又は看護師若しくは准看護師をいう。

5 「多機能型実施の有無」、「訪問事業の実施の有無」、「第三者評価の実施状況」欄は、該当するものを○で囲むこと。

6 新設の場合、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入すること。

7 「営業日」欄は営業をする曜日に○を付け、その他の年度の休業日を記入すること。

8 「主たる対象者」欄は、事業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。

9 「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。

10 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記入することとし、当該区域の全部又は一部の別を記入すること。なお、一部の地域が実施地域である場合は、地図を添付するなどして実施地域を明確にすること。

11 多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表12を併せて提出すること。

付表10 就労移行支援事業所の指定に係る記載事項

( 一般型 ・ 資格取得型 ) ※申請する事業について、いずれかを○で囲む

※受付番号                     

従たる事業所がある場合は、事業所ごとに作成するものとし、従たる事業所については、付表11-2に

事業所	フリガナ	マルマルエン									
	名称	〇〇園									
	所在地	(〒 ΔΔΔ-ΔΔΔΔ ) 福山市〇〇町〇〇ΔΔ番地									
管理者	連絡先	電話番号	ΔΔΔΔ-ΔΔ-ΔΔΔΔ		FAX番号	ΔΔΔΔ-ΔΔ-ΔΔΔΔ					
	フリガナ	フクシ タロウ		住所	(〒 ΔΔΔ-ΔΔΔΔ ) 〇〇市〇〇町Δ番Δ号						
	名前	福祉 太郎		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1条 第1項 第2号							
サービス管理責任者	フリガナ	シエン ハナコ			住所	(〒 ΔΔΔ-ΔΔΔΔ ) 福山市〇〇町●●Δ番地					
	名前	支援 花子									
従業者の職種・員数		サービス管理責任者		職業指導員		生活支援員	就労支援員	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)	1		2				1			
	非常勤(人)					1					
	常勤換算後の人数(人)			2.0		0.5		1.0			
	※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(新設の場合推定数)		9.0		人							
主な揭示事項	営業日	月	火	水	木	金	土	日	祝	その他年度の休業日	
		○	○	○	○	○				12月28日から1月3日まで	
	営業時間	9:00 ~ 16:00			備考						
	主たる対象者	特定なし		身体障がい者 細分なし 肢体不自由 視覚障がい 聴覚・言語 内部障がい							
		知的障がい者		精神障がい者			難病等対象者				
	利用定員	10		人		※基準上の必要定員		人			
多機能型実施の有無	有 <u>○</u> ・ 無										
利用料	運営規程に定めるとおり										
その他の費用	運営規程に定めるとおり										
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	している ・ <u>○</u> いていない									
	苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)		ΔΔΔΔ-ΔΔ-ΔΔΔΔ		担当者		支援 花子			
協力医療機関	名称	〇〇医院			主な診療科名		内科・小児科				
提携就労支援機関	障害者就労支援センター〇〇, 〇〇公共職業安定所										
添付書類	別紙のとおり										

運営規程に従って記入してください。

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表とも一致させてください

平均利用者数は、前年度の利用者延べ数を開所日数で除して得ます。(小数点以下第2位切上げ)  
ただし、新設の場合は利用定員の90%とし、特定旧法指定施設からの転換の場合は申請日の前日から直近1月間の実績により

- 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「受付番号」、「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 「多機能型実施の有無」、「第三者評価の実施状況」欄は、該当するものを○で囲むこと。
- 5 新設の場合、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入すること。
- 6 「営業日」欄は営業をする曜日に○を付け、その他の年度の休業日を記入すること。
- 7 「主たる対象者」欄は、事業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。
- 8 「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。
- 9 「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すること。
- 10 従たる事業所を設置する場合は、主たる事業所について記入し、従たる事業所については付表11-2に記入すること。
- 11 多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表12を併せて提出すること。

付表10-2 一体的に実施する従たる事業所に係る記載事項

(  一般型 ・ 資格取得型 ) ※申請する事業について、いずれかを○で囲む

※受付番号                     

事業所	フリガナ	マルマルエン										
	名称	〇〇園(●●事業所)										
	所在地	(〒 ΔΔΔ-ΔΔΔΔ ) 福山市〇〇町●●ΔΔΔ番地										
	連絡先	電話番号	ΔΔΔΔ-ΔΔ-ΔΔΔΔ				FAX番号	ΔΔΔΔ-ΔΔ-ΔΔΔΔ				
サービス管理責任者	フリガナ	シエン ハナコ					住所	(〒 ΔΔΔ-ΔΔΔΔ ) 福山市〇〇町●●ΔΔ番地				
	名前	支援 花子										
従業者の職種・員数		サービス管理責任者		職業指導員		生活支援員		就労支援員		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)		1	1				1				
	非常勤(人)						1					
常勤換算後の人数(人)				1.0		0.5		1.0				
※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(新設の場合推定数)		5.4 人										
主な揭示事項	営業日	月	火	水	木	金	土	日	祝	その他年間の休業日		
		○	○	○	○	○				12月28日から1月3日まで		
	営業時間	9:00 ~ 16:00				備考						
	主たる対象者	特定なし		身体障がい者		知的障がい者		精神障がい者		難病等対象者		
		○		○		○		○		○		
		知的障がい者		精神障がい者		難病等対象者						
	利用定員	6 人				※基準上の必要定員		人				
	多機能型実施の有無	有 <input checked="" type="radio"/> ・ 無 <input type="radio"/>										
	利用料	運営規程に定めるとおり										
その他の費用	運営規程に定めるとおり											
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	している ・ <input checked="" type="radio"/> していない										
	苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)		ΔΔΔΔ-ΔΔ-ΔΔΔΔ		担当者		支援 花子				
	その他											
協力医療機関	名称	〇〇医院				主な診療科名		内科・小児科				
提携就労支援機関	障害者就労支援センター〇〇, 〇〇公共職業安定所											
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「受付番号」、「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 「多機能型実施の有無」、「第三者評価の実施状況」欄は、該当するものを○で囲むこと。
- 5 新設の場合、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入すること。
- 6 「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。
- 7 「主たる対象者」欄は、事業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。
- 8 「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。
- 9 「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すること。
- 10 多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表12を併せて提出すること。

付表11 就労継続支援事業所の指定に係る記載事項

( A型 ・ **B型** ) ※申請する事業について、いずれかを○で囲む

※受付番号                     

従たる事業所がある場合は、事業所ごとに作成するものとし、従たる事業所については、付表12-2に記入してください。

事業所	フリガナ	マルマルエン									
	名称	〇〇園									
	所在地	(〒 ΔΔΔ-ΔΔΔΔ ) 福山市〇〇町〇〇ΔΔ番地									
管理者	連絡先	電話番号	ΔΔΔΔ-ΔΔ-ΔΔΔΔ		FAX番号	ΔΔΔΔ-ΔΔ-ΔΔΔΔ					
	フリガナ	フクシ タロウ		住所	(〒 ΔΔΔ-ΔΔΔΔ ) 〇〇市〇〇町Δ番Δ号						
	名前	福祉 太郎		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1条 第1項 第2号								
サービス管理責任者	フリガナ	シエン ハナコ			住所	(〒 ΔΔΔ-ΔΔΔΔ ) 福山市〇〇町●●Δ番地					
	名前	支援 花子									
従業者の職種・員数		サービス管理責任者		職業指導員		生活支援員	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)		1	1		1					
	非常勤(人)										
	常勤換算後の人数(人)			1.0		1.0					
	※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(新設の場合推定数)		13.5 人									
主な揭示事項	営業日	月	火	水	木	金	土	日	祝	その他年間の休業日	
		○	○	○	○	○				12月28日から1月3日まで	
	営業時間	9:00 ~ 16:00			備考						
	主たる対象者	特定なし		身体障がい者 細分なし 肢体不自由 視覚障がい 聴覚・言語 内部障がい							
		知的障がい者		精神障がい者			難病等対象者				
	利用定員	15 人				※基準上の必要定員			人		
	多機能型実施の有無	有 ・ 無									
利用料	運営規程に定めるとおり										
その他の費用	運営規程に定めるとおり										
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	している ・ <b>○</b> ない									
	苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)	ΔΔΔΔ-ΔΔ-ΔΔΔΔ			担当者	支援 花子				
協力医療機関	名称	〇〇医院			主な診療科名	内科・小児科					
添付書類	別紙のとおり										

運営規程に従って記入してください。

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表とも一致させてください

平均利用者数は、前年度の利用者延べ数を開所日数で除して得ます。(小数点以下第2位切上げ)  
ただし、新設の場合は利用定員の90%とし、特定旧法指定施設からの転換の場合は申請日の前日から直近1月間の実績により

- 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「受付番号」、「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 「多機能型実施の有無」、「第三者評価の実施状況」欄は、該当するものを○で囲むこと。
- 5 新設の場合、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入すること。
- 6 「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。
- 7 「主たる対象者」欄は、事業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。
- 8 「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。
- 9 従たる事業所を設置する場合は、主たる事業所について記入し、従たる事業所については付表12-2に記入すること。
- 10 多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表12を併せて提出すること。



付表12 多機能型による事業を実施する場合の記載事項(総括表)



※受付番号

多機能型事業所の 種別・名称等	名称	所在地	利用 定員 (人)	計							
生活介護	〇〇園	福山市〇〇町〇〇△△番地	10	16							
従たる事業所	〇〇園(●●事業所)	福山市〇〇町●●△△番地	6								
自立訓練(機能訓練)											
従たる事業所											
自立訓練(生活訓練)											
従たる事業所											
就労移行支援	〇〇園	福山市〇〇町〇〇△△番地	10	16							
従たる事業所	〇〇園(●●事業所)	福山市〇〇町●●△△番地	6								
就労継続支援A型											
従たる事業所											
就労継続支援B型	〇〇園	福山市〇〇町〇〇△△番地	15	25							
従たる事業所	〇〇園(●●事業所)	福山市〇〇町●●△△番地	10								
多機能型の定員の特例措置の有無		有・無	合計		57						
児童デイサービス	〇〇園	福山市〇〇町〇〇△△番地									
多機能型事業所の 従業者の職種・員数											
		サービス管理責任者		医師		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)	1									
	非常勤(人)			1	2						
常勤換算後の人数(人)						0.8					
※基準上の必要人数(人)											
		機能訓練指導員		生活支援員(訪問以外)		生活支援員(訪問)		職業指導員		就労支援員	
		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)			4				5		2	
	非常勤(人)			4							
常勤換算後の人数(人)				6.0				5.0		2.0	
※基準上の必要人数(人)											
		地域移行支援員		目標工賃達成支援員		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)			2							
	非常勤(人)	2									
常勤換算後の人数(人)											
※基準上の必要人数(人)											

多機能型事業所  
全体の従業者の  
合計を記入して  
ください。

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」とは保健師又は看護師若しくは准看護師をいう。  
 4 「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。



付表13別紙 他の事業所又は施設の従事者と兼務する地域移行支援・地域定着支援に従事する者について

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	名 前		事業所の名称	〇〇支援施設	
	フリガナ	フクヤマ ハナコ	事業の種類	〇〇〇〇	兼務する職種 〇〇
	名前	福山 花子	勤務時間	9:00~15:00	
2	名 前		事業所の名称		
	フリガナ		事業の種類		兼務する職種
	名前		勤務時間		
3	名 前		事業所の名称		
	フリガナ		事業の種類		兼務する職種
	名前		勤務時間		
4	名 前		事業所の名称		
	フリガナ		事業の種類		兼務する職種
	名前		勤務時間		
5	名 前		事業所の名称		
	フリガナ		事業の種類		兼務する職種
	名前		勤務時間		

付表14 指定特定相談支援事業所及び指定障害児相談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	マルマルソウダンシエンジギョウシヨ											
	名称	〇〇相談支援事業所											
	所在地	(〒 ΔΔΔ-ΔΔΔΔ ) 福山市〇〇町〇〇ΔΔ番地											
	連絡先	電話番号	ΔΔΔΔ-ΔΔ-ΔΔΔΔ			FAX番号	ΔΔΔΔ-ΔΔ-ΔΔΔΔ						
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等の条文					第 1 条 第 1 項 第 2 号								
管理者	フリガナ	フクシ タロウ		(〒 ΔΔΔ-ΔΔΔΔ )									
	名前	福祉 太郎		住所 〇〇市〇〇町Δ番Δ地									
	生年月日	19〇〇年〇月〇日											
	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		ヘルパーステーション〇〇			兼務する職種		管理者					
	事業の種類		居宅介護・重度訪問介護			勤務時間		8 時間/日					
従業者の職種・員数		相談支援専門員		その他の者									
		専従		兼務		専従		兼務					
従業者数	常勤(人)		1										
	非常勤(人)												
	常勤換算後の人数(人)		1.0										
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 具の合 体実的 的施な な体相 方制談 法の支 援	事業の主たる対象とする障がいの種類の定めの有無				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				障がい福祉課や障がい者総合相談室クローバ等と連携を図る。								
	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				定期的に研修を実施し、事例検討は関係者とともに定例化する。								
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		
			〇	〇	〇	〇	〇	〇				12月28日～1月3日	
	営業時間		8:00 ~ 17:00					備考					
	主たる対象者		特定なし・身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者・難病等対象者・障がい児										
	利用料		運営規程に定めるとおり										
	その他の費用		運営規程に定めるとおり										
	通常の事業の実施地域		①( 〇〇町 ) ②( 〇〇市の一部 ) ③( ) ④( ) 備考: 〇〇市は〇〇, 〇〇の区域を除く										
	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)		ΔΔΔ-ΔΔ-ΔΔΔΔ		担当者		支援 花子			
		その他											
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 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枚にまとめて提出すること。

3 ※印のある「受付番号」、「基準上の必要人数」欄には、記入しないこと。

4 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。

5 「当該事業所における相談支援専門員との兼務の有無」、「他の事業所又は施設の従業者との兼務」、「主たる対象者」、「第三者評価の実施状況」欄は、該当するものを○で囲むこと。

6 「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、指定一般相談支援事業所との兼務は除く。

7 「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がいの種類の定めの有無」が有の場合に記載すること。

8 「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。

9 「その他の費用」欄には、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。

10 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記入することとし、当該区域の全部又は一部の別を記入すること。なお、一部の地域が実施地域である場合は、地図を添付するなどして実施地域を明確にすること。

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	名 前		事業所の名称	〇〇支援施設	
	フリガナ	フクヤマ ハナコ	事業の種類	〇〇〇〇	兼務する職種 〇〇
	名前	福山 花子	勤務時間	9:00~15:00	
2	名 前		事業所の名称		
	フリガナ		事業の種類		兼務する職種
	名前		勤務時間		
3	名 前		事業所の名称		
	フリガナ		事業の種類		兼務する職種
	名前		勤務時間		
4	名 前		事業所の名称		
	フリガナ		事業の種類		兼務する職種
	名前		勤務時間		
5	名 前		事業所の名称		
	フリガナ		事業の種類		兼務する職種
	名前		勤務時間		