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14を併せて提出してください。

記入例

受付番号	

施設	フリガナ	マルマルフクシサギョウショ			
	名　称	●●福祉作業所			
	所在地	（郵便番号　260　－　0045　） 千葉　県　千葉 市　中央区市場町1－1			
	連絡先	電話番号	043－223-2308	FAX番号	043－222-4133
管理者	フリガナ	チバ　タロウ	住　所	（郵便番号　260　－　0000　） 千葉　県　千葉 市　○○町－丁目○－○	
	氏　名	千葉　太郎			
	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）			生活支援員	兼務する場合は記入
	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			
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等				第1条第1項第1号	定款の条文を記載
サービス管理責任者	フリガナ	イノハナ　ハナコ	住　所	（郵便番号　260　－　0000　） 千葉県千葉市××町×××－××　×××号室	
	氏　名	亥鼻　花子			

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）		0.1		1.0		0.5					
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）			2	1				
	非常勤（人）			4					
常勤換算後の人数（人）				3.5					
基準上の必要人数（人）									

従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表と一致するように従業者数と常勤換算後の人数を記載

基準上の必要人数は記載不要

前年度の平均利用者数（人）	18人	新規指定の場合は定員の90%を記載
主な掲示事項		
営業日	単位ごとの営業日　月曜日から金曜日	
営業時間	単位ごとのサービス提供時間（送迎時間を除く）（①9：00～15：00）	
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：○	運営規程の記載内容と一致
利用定員	20人（単位ごとの定員）（①　　②　　）	
基準上の必要定員		基準上の必要定員は起債不要
多機能型実施の有無	有　・　無	多機能型であれば有に○
利用料	障害者総合支援法に基づき市町村長が定める額	
その他の費用	運営規程による	
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：県庁　二郎	利用者からの苦情を解決するための講ずる措置の概要と一致
	その他	
協力医療機関	名　称：▲▲診療所　主な診療科名：内科、精神科	医療機関との契約の内容と一致
添付書類	別添のとおり（定款、寄付行為等及び登記簿謄本又は条例等、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、資産状況（貸借対照表・財産目録等）、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３－２　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。

従たる事業所がある場合は記載

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	
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		
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		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）									

前年度の平均利用者数（人）	
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（定款及び登記簿謄本又は条例等、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、資産状況（貸借対照表・財産目録等）、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7　その1　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

記入例

受付番号	

主たる事業所	フリガナ	グループホームチバケンチョウ			
	名　称	グループホーム千葉県庁			
	所在地	（郵便番号　260－8667） 千葉　県　千葉　市　市場町1－1			
	連絡先	電話番号	043－223－2308	FAX番号	043－222－4133
管理者	フリガナ	チバ　タロウ	住　所	（郵便番号　260　－0000　） 千葉　県　千葉　市　〇〇町一丁目〇－〇	
	氏　名	千葉　太郎			
	同一敷地内の他の事業所、施設又は医療機関の従業者との兼務（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			

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2項 第イ号	定款の条文を記載
事業の利用定員数	共同生活援助事業　5人	

サービス管理責任者	フリガナ	イノハナ　ハナコ	住　所	（郵便番号　260　－0000　） 千葉県千葉市××町×××－××　×××号室
	氏　名	亥鼻　花子		

従業者の職種・員数		世話人		生活支援員		サービス管理責任者	
		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）	5		3			
常勤換算後の人数（人）		2.0		0.9	0.5		0.5
基準上の必要人数（人）							

従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表と一致するように従業者数と常勤換算後の人数を記載

基準上の必要人数は記載不要

サービスの提供形態（該当部分に〇）	介護サービス包括型	〇	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

障害者支援施設等との連携体制等	連携施設の種別・名称	障害者支援施設〇〇〇園		障害者支援施設等との連携体制及び支援の体制の内容と一致
	支援体制の概要	緊急時の応援等		
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　県庁　二郎	利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要と一致
	その他			
協力医療機関	名　称	▲▲診療所	主な診療科名　内科、精神科	医療機関との契約の内容と一致
協力歯科医療機関	名　称	〇〇デンタルクリニック		
添付書類	別添のとおり（定款、寄付行為等及びその登記簿の謄本又は条例等、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、勤務体制・形態一覧表、資産状況（貸借対照表・財産目録等）、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		

※　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7） その2

共同生活住居の名称と所在地を記載

共同生活住居①	フリガナ	グループホームチバケンチョウイチバンカン			
	名　称	グループホーム千葉県庁　1番館			
	所在地	（郵便番号　260　－　0000） 千葉　　県　　千葉　　市　　▲▲町▲▲▲－▲▲			
	連 絡 先	電話番号	×××－×××－××××	FAX番号	×××－×××－××××
	グループホームに供する建物形態				
	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：玄鼻　太郎				
	③賃貸借契約の内容：　ア　敷金　10万円　　イ　礼金　10万円　　ウ　家賃（月額）　10万円 エ　契約期間　2年　　オ　賃貸料がない理由				
	④住居の利用定員数　　4人				
	⑤居室数　　4 室（うち個室　4　室）				
	⑥入居者1人当たりの居室の最小床面積　　9．9　㎡				
	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 携帯電話				
	主たる対象者　　知的障害者　・　精神障害者　・　身体障害者　・　難病等対象者				
	利用料　　市町村長が定める利用者負担額				
	その他の費用　　運営規程に定める額				
共同生活住居②	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	
	グループホームに供する建物形態				
	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　　イ　礼金　　ウ　家賃（月額） エ　契約期間　　オ　賃貸料がない理由				
	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　　㎡				
	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　　知的障害者　・　精神障害者　・　身体障害者　・　難病等対象者				
	利用料　　市町村長が定める利用者負担額				
	その他の費用　　運営規程に定める額				
共同生活住居③	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	
	グループホーム・ケアホームに供する建物形態				
	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　　イ　礼金　　ウ　家賃（月額） エ　契約期間　　オ　賃貸料がない理由				
	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　　㎡				
	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　　知的障害者　・　精神障害者　・　身体障害者　・　難病等対象者				
	利用料　　市町村長が定める利用者負担額				
	その他の費用　　運営規程に定める額				

（付表7） その3

サテライト型住居がある場合は記載

サテライト型住居①	フリガナ	グループホームチバケンチョウイチバンカンサテライト		
	名　称	グループホーム千葉県庁　1番館　サテライト		
	所在地	（郵便番号　260－　0000） 千葉　　県　千葉　　市　　▲▲町□□□□		
	連 絡 先	電話番号	□□□－□□□－□□□□	FAX番号　□□□－□□□－□□□□
	サテライト型住居に供する建物形態			
	①住居区分：アパート、マンション、その他（　　）			
	②建物所有者名：×××不動産（株）			
	③賃貸借契約の内容：　ア　敷金　8万円　　イ　礼金　8万円　　ウ　家賃（月額）　8万円 エ　契約期間　2年　　オ　賃貸料がない理由			
	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　　12　㎡			
	本体住居の名称　グループホーム千葉県庁　1番館			
	本体住居との距離　　5．3　km			
	利用者が本体住居への連絡に使用する通信機器　携帯電話			
	主たる対象者　　知的障害者　・　精神障害者　・　身体障害者　・　難病等対象者			
	利用料　　市町村長が定める利用者負担額			
	その他の費用　運営規程に定める額			
サテライト型住居②	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
	サテライト型住居に供する建物形態			
	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　　イ　礼金　　ウ　家賃（月額） エ　契約期間　　オ　賃貸料がない理由			
	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　　㎡			
	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　　知的障害者　・　精神障害者　・　身体障害者　・　難病等対象者			
	利用料　　市町村長が定める利用者負担額			
	その他の費用　運営規程に定める額			
サテライト型住居③	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
	サテライト型住居に供する建物形態			
	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　　イ　礼金　　ウ　家賃（月額） エ　契約期間　　オ　賃貸料がない理由			
	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　　㎡			
	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　　知的障害者　・　精神障害者　・　身体障害者　・　難病等対象者			
	利用料　　市町村長が定める利用者負担額			
	その他の費用　運営規程に定める額			

付表13

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

記入例

※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	

多機能型事業所の場合は記載

主たる事業所	フリガナ	マルマルフクシサギョウショ			
	名　称	●●福祉作業所			
	所在地	(郵便番号 260－ 0045) 千葉　県　千葉　市　中央区市場町1－1			
	連絡先	電話番号	043－223－2308	FAX番号	043－222－4133
(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	

従たる事業所があれば記載

管理者	フリガナ	チバ　タロウ	住　所	(郵便番号 260－ 0000) 千葉県千葉市○○町一丁目○－○
	氏　名	千葉　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		
		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		
			○				○	○

運営規程と一致

生活介護を行う場合のみ			事業所が申告する障害程度区分の平均値		
			4未満	4以上5未満	5以上
	前年度の平均実利用者数(18人)	サービス単位1			○
		サービス単位2			
		サービス単位3			

前年度の平均実利用者数は、新規の場合、定員の90%

平均障害支援区分は該当する箇所に○をつける。

実施事業		生活介護 サービス単位 有	生活介護 サービス単位 無	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)
	主たる事業所	○							○
	従たる事業所								

多機能型事業所で実施するサービスの該当箇所に○をつける

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	20	10						10
主たる事業所	20	10						10
従たる事業所								

サービスごとの利用定員を記載

付表13 その2

多

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)	1											
		非常勤(人)			1		1		1					
	常勤換算後の人数(人)		1.0		0.1		0.3		0.3					
	基準上の必要人数(人)													
主たる事業所	従業者数	常勤(人)	1		1		1		1					
		非常勤(人)												
	常勤換算後の人数(人)		1.0		0.1		0.3		0.3					
	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 合計		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員		生活支援員 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)									2	1	3	1		
		非常勤(人)									4		4			
	常勤換算後の人数(人)										4.0	0.5	4.0	0.5		
	基準上の必要人数(人)															
主たる事業所	従業者数	常勤(人)									2	1	3	1		
		非常勤(人)									4		4			
	常勤換算後の人数(人)										4.0	0.5	4.0	0.5		
	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)															

多機能型で実施するサービスごとの従業員数の合算を記載
合算した数は、それぞれのサービスの付表の合計と一致

記入例は、生活介護と就労継続支援B型の従業員数の合算を記載

			職業指導員 合計		右記以外		兼教官		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
合計	従業者数	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)											
主たる事業所	従業者数	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)											
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、指定基準省令第〇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。