

付表 20 障害児入所支援(医療型障害児入所施設)の指定等に係る記載事項

施設	フリガナ 名 称						
	所在地	(郵便番号 -)					
	電話番号						
	E-Mail						
管理者	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日		
	住 所	(郵便番号 -)					
児童発達 支援 管理責任者	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日		
	住 所	(郵便番号 -)					
併設する施設の名 称及び概要	名称						
	概要						
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		
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項							
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)						
設置部分(設置さ れているものに ○)	支援室		浴室		静養室		屋外遊戯場
	ギブス室		特殊工芸の作 業を支援する に必要な設備		義肢装具を製 作する設備		身体の機能の 不自由を助け る設備
* 医療法に規定する病院として必要な設備を設けてあること							
入所定員(人)							
利用者の推定数 (人)							
利用料							
その他の費用							
協力歯科医療機関	名称						

(備考)

- 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。
- 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。
- 「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も記載してください。

記入欄不足時の資料

■児童発達支援管理責任者

児童発達支援管理責任者	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号 -)				
	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号 -)				
	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号 -)				
	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号 -)				
	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号 -)				

■協力歯科医療機関

協力歯科医療機関	名称	
	名称	
	名称	
	名称	
	名称	
	名称	