

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

事業所	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 -)									
	電話番号										
事業所以外の事務所	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 -)									
	電話番号										
管理者	フリガナ			生年月日				年	月	日	
	氏名										
	住所	(郵便番号 -)									
	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(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									
サービス提供者	フリガナ										
	氏名			生年月日				年	月	日	
住所	(郵便番号 -)										
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											
障害児対象事業(該当するものに○。重度訪問介護を除く。)	(該当 非該当)										
利用する障害児の推定数(人)(障害児対象事業に該当する場合記入)											
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項											
営業日(該当する日に○)	日	月	火	水	木	金	土	祝			
	その他(年末年始等)										
営業時間	平日	:			~			:			
	土曜	:			~			:			
	日・祝	:			~			:			
サービス内容	身体介護				身体介護(通院介助)						
	家事援助				家事援助(通院介助)						
	乗降介助										
利用料											
その他の費用											
通常の事業の実施地域											

(備考)

1. 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。

2. 更新の場合には、「利用する障害児の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。
3. 「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

■事業所以外の事務所

事業所以外の事務所	フリガナ	
	名称	
	所在地	(郵便番号 -)
	電話番号	
	E-Mail	
	フリガナ	
	名称	
	所在地	(郵便番号 -)
	電話番号	
	E-Mail	
	フリガナ	
	名称	
所在地	(郵便番号 -)	
電話番号		
E-Mail		

■サービス提供責任者

サービス提供責任者	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名					
	住所	(郵便番号 -)				
	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名					
	住所	(郵便番号 -)				
	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名					
	住所	(郵便番号 -)				
	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名					
	住所	(郵便番号 -)				

付表2 療養介護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	フリガナ 名 称								
	所在地	(郵便番号 -)							
	連絡先	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 -)							
	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(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									
サービス 責任者 管理	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日				
	住 所	(郵便番号 -)							
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									
利用定員(人)				利用者の推定数(人)					
営業日(該当する日に○)	日	月	火	水	木	金	土	祝	
	その他(年末年始等)								
	平日	:		~		:			
営業時間	土曜	:		~		:			
	日・祝	:		~		:			
	利用料								
その他の費用									
通常の事業の実施地域									
設備	多目的室(デイルーム)の有無(いずれかに○)					有	無		

(備考)

1. 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。
2. 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。
3. 「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。

付表5 重度障害者等包括支援事業所の指定等に係る記載事項

事業所	フリガナ 名 称							
	所在地	(郵便番号 -)						
	電話番号							
	E-Mail							
事業 事務所 以外の	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 -)						
	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(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						
障害児対象事業 (該当するものに ○)	(該当 非該当)							
利用する障害児の 推定数(人)(障害 児対象事業に該当 する場合記入)								
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項								
事業所 の 体制	提供する障害福祉サー ビス	種類	事業所名					
	第三者委託により提供 する障害福祉サー ビス	種類	事業所名			所在地		
利用者からの連絡対応 体制の概要								
利用者の推定数(人)								
主たる対象者 (いずれかに○)	特定しない	Ⅰ類型		Ⅱ類型		Ⅲ類型		
営業日(該当する 日に○)	日	月	火	水	木	金	土 祝	
	その他(年末年始等)							
営業時間	平日	:		~		:		
	土曜	:		~		:		
	日・祝	:		~		:		

利用料				
その他の費用				
通常の事業の実施 地域				
協力医療機関	名称		診療科名	

(備考)

1. 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。
2. 更新の場合には、「利用者の推定数」欄及び「利用する障害児の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。
3. 「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。
4. 「診療科名」欄には、主な診療科名1つを記載してください。

	住 所	(郵便番号 -)

■事業所の体制

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
	委託による提携事業所	種類	事業所名	事業所番号

■協力医療機関

協力医療機関	名称		診療科名		
		名称		診療科名	
		名称		診療科名	
		名称		診療科名	
		名称		診療科名	

付表11 自立生活援助事業所の指定等に係る記載事項

事業所	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			生年月日				
	氏名				年	月	日	
	住所	(郵便番号 -)						
	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(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							
サービス責任者	フリガナ			生年月日				
	氏名				年	月	日	
	住所	(郵便番号 -)						
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								
利用者の推定数(人)								
営業日(該当する日に○)	日	月	火	水	木	金	土	祝
	その他(年末年始等)							
営業時間	平日	:		~		:		
	土曜	:		~		:		
	日・祝	:		~		:		
利用料								
その他の費用								
通常の事業の実施地域								

(備考)

1. 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。
2. 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。
3. 「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。

付表14 指定一般相談支援事業所の指定等に係る記載事項

サービス種別(申請するものに○)		地域移行支援		地域定着支援				
事業所	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 -)						
	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(兼務の場合記入)	事業所等の名称						
指定地域相談支援の提供に当たる者	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 -)						
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								
常時の連絡体制の確保の具体的方法 (地域定着支援のみ)								
営業日(該当する日に○)	日	月	火	水	木	金	土	祝
	その他(年末年始等)							
営業時間	平日	:	~		:			
	土曜	:	~		:			
	日・祝	:	~		:			
その他の費用								
通常の事業の実施地域								

(備考)

1. 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。
2. 「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

■指定地域相談支援の提供に当たる者

指定地域相談支援の提供に当たる者	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 -)		