

付表 1 3 障害者支援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 -) | | |
| | 当該施設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 管理 責任 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 | | | | |
| ○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) | | | |
| 廊下 | 廊下の幅(m) | | | |
| | 中廊下の幅(m) | | | |
| 既存施設からの移 行の場合 | 既存施設名 | | | |
| | 施設種別 | | | |
| | 経過措置 | 有 | 無 | |
| | 特定旧法受給者数(人) | | | |
| 協力医療機関 | 名称 | | 診療科名 | |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | | | |
| (就労移行支援を行う場合のみ)提携就労支援機関 | | | 名称 | |

○昼間実施サービス及び施設入所支援に係る記載事項

| | | | | | | | | | |
|-------------------------|-------------------|------|----------------|----------------|-----------------|-------------------|----------------|----------------|---|
| 昼間実施サービスの種類 | | 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 (一般型) | 就労移行支援 (資格取得型) | 就労継続支援 (A型) | 就労移行支援 (B型) | |
| | 実施有無 | | | | | | | | |
| | 利用者の推定数 | | | | | | | | |
| | 昼間多機能の実施 | 有 | | | 無 | | 昼間の総定員数(人) | | |
| (生活介護を行う場合のみ)利用者の推定数(人) | 施設が申告する障害支援区分の平均値 | | | | | | | | |
| | サービス単位 | 4未満 | | | 4以上5未満 | | | 5以上 | |
| | サービス単位1 | | | | | | | | |
| | サービス単位2 | | | | | | | | |
| 昼間実施サービスの定員(人) | 介護給付対象者 | | 訓練等給付対象者 | | 特定旧法受給者 | | | 合計 | |
| | | | | | | | | | |
| | 定員緩和措置の有無 | | | | | 有 | | 無 | |
| 施設入所支援の定員(人) | | | | | 他の社会福祉施設との併設 | | | 有 | 無 |
| 併設施設の定員(人) | | | | | 併設施設の種別 | | | | |
| 施設入所支援の利用者の推定数 | サービス単位1 | | | | | | | | |
| | サービス単位2 | | | | | | | | |
| | サービス単位3 | | | | | | | | |
| 短期入所の実施 | 併設型 | | 空床型 | | 無 | | | | |
| | 短期入所の利用者の推定数(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 | | | | | | | | | |
| 通常の実業の実施地域 | | | | | | | | | |

(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。

記入欄不足時の資料

■サービス管理責任者

| | | | | |
|-----------|------------|-----------|------|-------|
| サービス管理責任者 | 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 -) | | |
| | フリガナ 氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 住所 | (郵便番号 -) | | |

■協力医療機関等

| | | | | |
|----------|----|--|------|--|
| 協力医療機関 | 名称 | | 診療科名 | |
| | 名称 | | 診療科名 | |
| | 名称 | | 診療科名 | |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | | | |
| | 名称 | | | |
| | 名称 | | | |