付表（目次）

サービス種類	必要な付表	該当シート名称
居宅介護	付表１	1居等
重度訪問介護		
同行援護		
行動援護		
共生型居宅介護		
共生型重度訪問介護		
療養介護	付表２	2療養
生活介護	付表３、（必要な場合）付表３の２	3生活
共生型生活介護	付表３	3生活(共生型)
短期入所	付表５	5短期
共生型短期入所	付表５	5短期(共生型)
重度障害者等包括支援	付表６	6重包
共同生活援助	付表７その１、付表７その２、付表７その３	7GH
障害者支援施設	付表８その１、付表８その２、付表８その３	8施設
自立訓練（機能訓練）	付表９、（必要な場合）付表９の２	9機訓
共生型自立訓練（機能訓練）	付表９	9機訓(共生型)
自立訓練（生活訓練）	付表１０、（必要な場合）付表１０の２	10生訓
共生型自立訓練（生活訓練）	付表１０	10生訓(共生型)
就労移行支援	付表１１、（必要な場合）付表１１の２	11就移
就労定着支援	別添０２、別添０３、別添０４	別添02、別添03、別添04
就労継続支援	付表１２、（必要な場合）付表１２の２	12就継
多機能型	付表１３	13多機
一般相談支援	付表１４	14一般、14-2一般(別紙)
自立生活援助	付表１７	17自援

付表1　居宅介護事業所等の指定に係る記載事項

受付番号	

事業所	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号）			
	連 絡 先	電話番号		FAX番号	
	e-mail			法人の代表アドレスと同じ	
介護保険の「訪問介護」事業所との併設　あり　・　なし				ありの場合、その事業所番号	
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　条 第　項 第　号			
管理者	フリガナ		住 所	（郵便番号）	
	氏　名				
	居宅介護事業従業者（＝ヘルパー）等との兼務の有無		あり　・　なし		
	同一敷地内の他の事業所（例：介護保険の訪問介護事業）の従業者等との兼務 ＜兼務の場合のみ記入＞	事業所等の名称			
		兼務する職種及び勤務時間等			
サービス提供責任者	フリガナ		住 所	（郵便番号）	
	氏　名				
	フリガナ		住 所	（郵便番号）	
	氏　名				
	フリガナ		住 所	（郵便番号）	
	氏　名				

従業者の職種・員数	職種 ＼ 人数		居宅介護事業従業者		同行援護事業従業者		行動援護事業従業者	
			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）							

主な掲示事項	営業日	月・火・水・木・金・土・日・祝	その他、休日等
	営業時間		
	サービス内容	居宅介護（身体介護・家事援助・通院等乗降介助）・重度訪問介護 ・同行援護 ・行動援護	
	主たる対象者	居宅介護	身体障害者・知的障害者・障害児・精神障害者・難病等対象者
		重度訪問介護	身体障害者・知的障害者・精神障害者・難病等対象者
		同行援護	身体障害者・障害児・難病等対象者
		行動援護	知的障害者・障害児・精神障害者・難病等対象者
	利用料		
	その他の費用		
	通常の事業の実施地域		
	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	

（備考）

1.「受付番号」欄には、記入しないでください。

2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を挿入して記入するか、別葉に記入した書類を添付してください。

3. 管理者がサービス提供責任者を兼務する場合は、「管理者」欄と「サービス提供責任者」欄の双方に氏名等を記入してください。

4.「従業者の職種・員数」欄において、介護保険事業と兼務する従業者の場合は、「兼務」の欄に員数を計上してください。

5.「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記入してください。

6.「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してください。

7. 共生型居宅介護又は共生型重度訪問介護の申請の場合、以下の書類の提出を省略することができます。
（1）定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等
（2）事業所平面図
（3）管理者及びサービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴
（4）利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要
（5）資産状況（貸借対照表・財産目録等）

付表2　療養介護事業所の指定に係る記載事項

受付番号	

事業所	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	
管理者	フリガナ		住　所	（郵便番号　　－　　） 県　　郡・市	
	氏　名				
	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・寄付行為等又は条例等				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		サービス管理責任者		医　師		生活支援員		看護職員	
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼
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）									
		看護補助者							
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼
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）									
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					
	利用定員	人（単位ごとの定員）（①　　②　　）			
	基準上の必要定員				
	設置部分	多目的室(デイルーム)　　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			
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、建物の構造概要及び平面図、 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 産状況（貸借対照表・財産目録等）、設備・備品等一覧表、 医療法に規定する医療機関として を受けたことが分かる証明書等）			

（備考）

1.「受付番号」「基準上の必要人数」「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. 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。

4.「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。

5.「※兼務」欄には、併設施設との兼務を行う職員について記載してください。

号

員

業務

業務

経歴
表、資
で許可

付表3　生活介護事業所の指定に係る記載事項

※1　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。

※2　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。

受付番号	

施設	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　）			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
管理者	フリガナ		住　所	郵便番号（　　－　　）	
	氏　名				
	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）				
	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			
当該事業所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（　　－　　）	
	名　称				

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
従業者集	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
従業者集	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　　人②　　人）						
基準上の必要定員	人						
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、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。

受付番号	

施設	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　）			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
当該事業所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（　　－　　）	
	名　称				

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
従業者集	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
従業者集	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3 （暫定様式）共生型生活介護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14を併せて提出してください。

受付番号	

施設	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　）			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
管理者	フリガナ		住　所	郵便番号（　　－　　）	
	氏　名				
	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）				
	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			
当該事業所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（　　－　　）	
	名　称				

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
従業者集	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
従業者集	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）									

共生型生活介護の（前年度の平均）利用者数（人）	
指定児童発達支援又は指定放課後等デイサービスを受ける（前年度の平均）障害児の数（人）	
指定通所介護等の（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　　人②　　人）
基準上の必要定員	人
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、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5　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				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　）			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
	e-mail			法人の代表アドレスと同じ	
管理者	フリガナ		住所	（郵便番号　　－　　）	
	所在地				
	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）	事業所の名称			
		兼務する職種及び勤務時間等			

事業所の種別	併設型，空床型，併設・空床型，単独型	利用定員数（人）	
		前年度の平均利用者数（人）	
本体施設	名　称		
施設種別等		本体施設の入所者の定員（人）	
単独型事業所の居室	1室の最大定員（人）	利用者1人あたりの最小床面積	㎡

従業者の職種・員数（人）		管理者		医　師		看護職員 合　計		保健師		看護師		准看護師		心理判定員	
		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）														
	非常勤（人）														
常勤換算後の人数（人）															
基準上の必要人数（人）															

		職能判定員		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		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）														
	非常勤（人）														
常勤換算後の人数（人）															
基準上の必要人数（人）															

		職業指導員		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）														
	非常勤（人）														
常勤換算後の人数（人）															
基準上の必要人数（人）															

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　条第　項第　号			
主な掲示事項					
主たる対象者	特定無し　・　身体障害者　・　知的障害者　・　精神障害者　・　難病等対象者				
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	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	
		電話番号			
	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、寄付行為等及び登記簿謄本又は条例等、建物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の内容がわかるもの）				

（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. 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。
4.「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。
5.「※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。
6.「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記載してください。

※　指定申請にあたり御提出いただいた以下の情報については、防火対象物の把握のため、関係消防本部に情報提供を行う場合があります。
・建物の構造、階数、入居階、延べ床面積、施設占有面積
・要支援区分4以上の利用（予定）者数
・その他、既に公表されている情報及び公表予定の情報

付表5 （暫定様式）共生型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				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　）			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
	e-mail			法人の代表アドレスと同じ	
管理者	フリガナ		住所	（郵便番号　　－　　）	
	所在地				
	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）	事業所の名称			
		兼務する職種及び勤務時間等			

事業所の種別	併設型， 空床型， 併設・空床型， 単独型	利用定員数（人）	
		共生型短期入所の（前年度の平均）利用者数（人）	
		指定短期入所生活介護等の（前年度の平均）利用者数（人）	
		指定小規模多機能型居宅介護事業所等が提供する宿泊サービスの（前年度の平均）利用者数（人）	

本体施設	名　称		
施設種別等		本体施設の入所者の定員（人）	
単独型事業所の居室	1室の最大定員（人）	利用者1人あたりの最小床面積	㎡

従業者の職種・員数（人）		管理者		医　師		看護職員 合　計		保健師		看護師		准看護師		心理判定員	
		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）														
	非常勤（人）														
常勤換算後の人数（人）															
基準上の必要人数（人）															

		職能判定員		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		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）														
	非常勤（人）														
常勤換算後の人数（人）															
基準上の必要人数（人）															

		職業指導員		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）														
	非常勤（人）														
常勤換算後の人数（人）															
基準上の必要人数（人）															

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　条第　項第　号		
主な掲示事項				
主たる対象者	特定無し ・ 身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 精神障害者 ・ 難病等対象者			
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	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	
		電話番号		
	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、寄付行為等及び登記簿謄本又は条例等、建物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の内容がわかるもの）			

（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. 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。
4.「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。
5.「※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。
6.「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記載してください。
※　指定申請にあたり御提出いただいた以下の情報については、防火対象物の把握のため、関係消防本部に情報提供を行う場合があります。
・建物の構造、階数、入居階、延べ床面積、施設占有面積
・要支援区分4以上の利用（予定）者数
・その他、既に公表されている情報及び公表予定の情報

付表6　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				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 千葉県　　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・寄付行為等又は条例等				第　　条 第　　項 第　　号	
管理者	フリガナ		住　所	（郵便番号　　－　　） 県　　郡・市	
	氏　名				
	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等と兼務する場合、対象施設等を記入	事業所等の名称	(1)		
			(2)		
		サービスの種類	(1)		
			(2)		
		兼務する職種	(1)		
			(2)		
		勤務時間等	(1)		
			(2)		
サービス提供責任者	専任の者	フリガナ		住 所	（郵便番号　　－　　）
		氏　名			
	専任兼務	フリガナ		住 所	（郵便番号　　－　　）
		氏　名			

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	名　称		主な診療科名
	利用者からの連絡対応体制の概要			

主な掲示事項	主たる対象者	Ⅰ 類型　・　Ⅱ 類型　・　Ⅲ類型			
	利用者数	人			
	利用料				
	その他の費用請求事項				
	通常の事業の実施地域				
	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）		
			電話番号		担当者
		その他			
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）			

（備考）

1.「受付番号」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.「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載してください。重度包括支援と同時に指定を受けようとする場合は事業所番号の記載は不要です。

4. 第三者に委託して障害福祉サービスを提供する場合は、予定している事業所を「委託による提携事業所」に記載してください。なお、指定事業所でない場合は事業所番号の記載は不要です。

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.「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載してください。

7.「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記載してください。

8.「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。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**してください。

付表7　共同生活援助事業者（グループホーム）の指定（更新）に係る記載事項　その1

受付番号	

主たる事業所	フリガナ				
	名　　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　）			
	連絡先	電話番号		FAX番号	

サービスの提供形態（該当部分に〇）	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
	日中サービス支援型		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

管理者	フリガナ		住　所	郵便番号（　　－　　）
	氏　　名			
	当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）			
	他の事業所、施設又は医療機関の従業者との兼務（兼務の場合のみ記入）	事業所等の名称		
		兼務する職種及び勤務時間等		

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
各事業の利用定員数	共同生活援助事業　　人

サービス管理責任者	フリガナ		住　所	郵便番号（　　－　　）
	名　　称			

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
従業者集	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）							

障害者支援施設等との連携体制等	連携施設の種別・名称			
	支援体制の概要			
一体的に管理運営する他の事業所				
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		
	苦情解決の経過措置	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	
協力歯科医療機関	名　　称			
添付書類	別添のとおり（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、協議会等への報告・協議会からの評価等に関する措置の概要、勤務体制・形態一覧表、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。

※　指定申請にあたり御提出いただいた以下の情報については、防火対象物の把握のため、関係消防本部に情報提供を行う場合があります。
- 建物の構造、階数、入居階、延べ床面積、施設占有面積
- 要支援区分4以上の利用（予定）者数
- その他、既に公表されている情報及び公表予定の情報
- 共同生活住居所在地

付表7－2　その2

共同生活住居①	フリガナ				
	名　　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　）			
	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　　身体障害者　・　知的障害者　・　精神障害者　・　難病等対象者				
	利用料				
	その他の費用				
共同生活住居②	フリガナ				
	名　　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　）			
	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　　身体障害者　・　知的障害者　・　精神障害者　・　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	（郵便番号　　－　　）			
	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　　身体障害者　・　知的障害者　・　精神障害者　・　難病等対象者				
	利用料				
	その他の費用				

付表7－3　その3

	フリガナ	

サテライト型住居①	名　　称				
	所在地	（郵便番号　　ー　　）			
	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　　身体障害者　・　知的障害者　・　精神障害者　・　難病等対象者				
	利用料				
	その他の費用				
サテライト型住居②	フリガナ				
	名　　称				
	所在地	（郵便番号　　ー　　）			
	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　　身体障害者　・　知的障害者　・　精神障害者　・　難病等対象者				
	利用料				
	その他の費用				
サテライト型住居③	フリガナ				
	名　　称				
	所在地	（郵便番号　　ー　　）			
	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　　身体障害者　・　知的障害者　・　精神障害者　・　難病等対象者				
	利用料				
	その他の費用				

付表8　その1　障害者支援施設の指定に係る記載事項

受付番号	

施設	フリガナ						
	名　称						
	所在地	（郵便番号　　－　　）					
	連絡先	電話番号			FAX番号		
管理者	フリガナ		所在地	郵便番号（　　－　　）			
	氏　名						

昼間実施サービスの定員（人）						
合　計	介護給付対象者	訓練等給付対象者	特定旧法受給者	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の有無	有 ・ 無
併設施設の定員（人）		併設施設の種別	

従業者の職種・員数（人）		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
従業者数	常勤（人）												
	非常勤（人）												
常勤換算後の人数（人）													

		理学療法士等								生活支援員					
		合　計		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員		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
従業者数	常勤（人）														
	非常勤（人）														
常勤換算後の人数（人）															

		職業指導員						就労支援員		栄養士		その他の従業者	
		合　計		右記以外		兼教官							
		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）												
	非常勤（人）												
常勤換算後の人数（人）													

主な掲示事項							
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					
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			
協力歯科医療機関	名　称						

添付書類	別添のとおり（定款、寄付行為及び登記簿謄本又は条例等、建物の構造概要及び平面図、経歴書、運営規程、入所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」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. 昼間に複数の施設障害福祉サービスを実施する場合、「昼間実施サービスの定員」欄には、給付の種類ごとに定員の合計数を記載してください。
4. 施設入所支援に複数のサービス単位を設ける場合、「施設入所支援の定員」欄には、定員の合計数を記載してください。
5.「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。
6.「従業者の職種・員数」欄には、職種ごとに、昼間実施サービスの従事者（付表8その3のⅠ及びⅡ欄に記載した職員）の合計数を記載してください。
7.「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。

付表8　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

受付番号	

施設名								
昼間実施サービスの種類	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）
実施する事業								
前年度の平均実利用者数（人）								
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		施設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（人）	サービス単位1			
	サービス単位2			
	サービス単位3			

施設入所支援	前年度の平均実利用者数（人）	
	サービス単位1	
	サービス単位2	
	サービス単位3	

設備基準上の数値記載項目等			基準上の必要値
居　室	1室の最大定員	人	人以下
	入所者1人あたりの最小床面積	㎡	㎡
廊　下	廊下の幅	m	m
	中廊下の幅	m	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）		

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
短期入所の実施	有 ・ 無	

主な掲示事項	
営業日	
営業時間	
利用料	
その他の費用	
通常の事業の実施地域	
その他	

（備考）

1.「受付番号」「基準上の必要値」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.「昼間実施サービスの種類」欄は、実施するサービスについて、該当欄に○を記入してください。

4. 新設の場合には、「前年度の平均実利用者数」欄は推定数を記入してください。

5. 既存の障害者施設からの移行の場合で、指定基準省令附則の規定の適用を受ける場合には、「経過措置」欄の「有」に○をつけてください。

6.「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。

7.「通常の事業の実施地域」については、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。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してください。

付表8　その3　従業員の職種・員数に係る記載事項

＿＿枚中　＿＿枚目

受付番号	

施設名	
施設障害福祉サービスの種類	従業者の職種・員数

Ⅰ 生活介護（サービス単位＿）／自立訓練（機能訓練）／自立訓練（生活訓練）

		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
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								生活支援員		その他の従業者	
		合計		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	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）													

Ⅱ 就労移行支援／就労継続支援

		サービス管理責任者		職業指導員						就労支援員	
				合計		右記以外		兼教官			
		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）											

		生活支援員						その他の従業者	
		合計		通所		訪問			
		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）									

Ⅲ 施設入所支援（サービス単位＿）

		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	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. 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単位ごと）に、従事する職員数を記載し、Ⅰ～Ⅲ欄は、それぞれ実施する障害福祉サービス名に〇をつけてください。

3. 複数のサービス単位を設ける場合など、記入欄が不足する場合には、複数枚に分けて記載してください。

4.「※兼務」欄は、2以上の障害福祉サービス等を兼務する職員について記載してください。

付表9　自立訓練（機能訓練）事業所の指定に係る記載事項

※1　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。

※2　従たる事業所のある場合は、付表9－2を併せて提出してください。

受付番号	

施設	フリガナ					
	名　称					
	所在地	（郵便番号　　－　　）				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
管理者	フリガナ		住　所	郵便番号（　　－　　）		
	氏　名					
	当該自立訓練事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）					
	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				
当該事業所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			
訪問事業の実施の有無		有　・　無				
サービス管理責任者	フリガナ		住　所	郵便番号（　　－　　）		
	名　称					

従業者の職種員数		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
従業者集	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）											

		歩行訓練士		生活支援員		訪問支援員		その他の従業者	
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
従業者集	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							
営業時間							
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						
基準上の必要定員	人						
利用料							
その他の費用							
通常の事業の実施地域							
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、寄付行為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. 「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。
7. 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付してください。

付表９－２　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。

受付番号	

施設	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　）			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
当該事業所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		
訪問事業の実施の有無		有　・　無			
サービス管理責任者	フリガナ		住　所	郵便番号（　　－　　）	
	名　称				

従業者の職種員数		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
従業者集	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）											

		歩行訓練士		生活支援員		訪問支援員		その他の従業者	
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
従業者集	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						
営業時間						
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					
基準上の必要定員	人					
利用料						
その他の費用						
通常の事業の実施地域						
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、寄付行為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.「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。
7.「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付してください。

付表９　（暫定様式）共生型自立訓練（機能訓練）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。

受付番号	

施設	フリガナ				
	名　　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　）			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
管理者	フリガナ		住　所	郵便番号（　　－　　）	
	氏　　名				
	当該自立訓練事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）				
	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			
当該事業所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		
訪問事業の実施の有無		有　・　無			
サービス管理責任者	フリガナ		住　所	郵便番号（　　－　　）	
	名　　称				

従業者の職種員数		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
従業者集	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）											

		歩行訓練士		生活支援員		訪問支援員		その他の従業者	
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
従業者集	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）									

共生型自立訓練（機能訓練）の（前年度の平均）利用者数（人）	
指定通所介護等の（前年度の平均）利用者数（人）	
指定小規模多機能型居宅介護事業所等の通いサービスの（前年度の平均）利用者数（人）	
共生型通いサービスを受ける障害者の（前年度の平均）利用者数（人）	
共生型通いサービスを受ける障害児の（前年度の平均）利用者数（人）	

主な掲示事項								
営業日								
営業時間								
その他参考となる事項	特定無し	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		
利用定員	人							
指定小規模多機能型居宅介護事業所等のうち通いサービスの利用定員	人							
指定小規模多機能型居宅介護事業所等の登録定員	人							
利用定員	人							
基準上の必要定員	人							
利用料								
その他の費用								
通常の事業の実施地域								
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、寄付行為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.「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。
7.「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付してください。

付表10　自立訓練（生活訓練）事業所の指定に係る記載事項

※1　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。

※2　従たる事業所のある場合は、付表10－2を併せて提出してください。

受付番号	

施設	フリガナ										
	名　称										
	所在地	（郵便番号　　－　　）									
	連絡先	電話番号				FAX番号					
管理者	フリガナ		住　所	郵便番号（　　－　　）							
	氏　名										
	当該自立訓練事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）										
	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									
当該事業所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								
訪問事業の実施の有無		有　・　無									
サービス管理責任者	フリガナ		住　所	郵便番号（　　－　　）							
	名　称										
従業者の職種員数		サービス管理責任者		生活支援員		看護職員		訪問支援員		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
	従業者集　常勤（人）										
	従業者集　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											
営業時間											
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									
基準上の必要定員		人									
利用料											
その他の費用											
通常の事業の実施地域											
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況									
		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、寄付行為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. 「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。
7. 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付してください。

付表10－2　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。

受付番号	

施設	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　）			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
当該事業所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		
訪問事業の実施の有無		有　・　無			
サービス管理責任者	フリガナ		住　所	郵便番号（　　－　　）	
	名　称				

従業者の職種員数			サービス管理責任者		生活支援員		看護職員		訪問支援員		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
	従業者集	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							
営業時間							
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						
基準上の必要定員	人						
利用料							
その他の費用							
通常の事業の実施地域							
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、寄付行為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.「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。
7.「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付してください。

付表10 （暫定様式）共生型自立訓練（生活訓練）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。

受付番号	

施設	フリガナ										
	名　称										
	所在地	（郵便番号　　－　　）									
	連絡先	電話番号				FAX番号					
管理者	フリガナ		住　所	郵便番号（　　－　　）							
	氏　名										
	当該自立訓練事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）										
	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									
当該事業所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								
訪問事業の実施の有無		有　・　無									
サービス管理責任者	フリガナ		住　所	郵便番号（　　－　　）							
	名　称										

従業者の職種員数		サービス管理責任者		生活支援員		看護職員		訪問支援員		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
従業者集	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）											

共生型自立訓練（生活訓練）の（前年度の平均）利用者数（人）	
指定通所介護等の（前年度の平均）利用者数（人）	
指定小規模多機能型居宅介護事業所等の通いサービスの（前年度の平均）利用者数（人）	
共生型通いサービスを受ける障害者の（前年度の平均）利用者数（人）	
共生型通いサービスを受ける障害児の（前年度の平均）利用者数（人）	
主な掲示事項	
営業日	
営業時間	

その他参考となる事項	特定無し	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		

利用定員	人
指定小規模多機能型居宅介護事業所等のうち通いサービスの利用定員	人
指定小規模多機能型居宅介護事業所等の登録定員	人
利用定員	人
基準上の必要定員	人
利用料	
その他の費用	
通常の事業の実施地域	

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、寄付行為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.「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。
7.「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付してください。

付表11　就労移行支援事業の指定に係る記載事項

※1　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。

※2　従たる事業所のある場合は、付表11－2を併せて提出してください。

（　一般型　資格取得型　）

受付番号	

施設	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　－　）			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
管理者	フリガナ		住　所	郵便番号（　－　）	
	氏　名				
当該事業所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（　－　）	
	名　称				

従業者の職種員数		管理者		サービス管理責任者		職業指導員		生活支援員	
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
従業者集	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）									

		就労支援員		その他の従業者	
		専従	※兼務	専従	※兼務
従業者集	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							
利用定員	人						
基準上の必要定員	人						
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					
利用料							
その他の費用							
通常の事業の実施地域							
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況						
	苦情解決の措置概要						
	その他						
協力医療機関	名　称			主な診療科名			
提携就労支援機関							
添付書類	別添のとおり（定款、寄付行為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. 「併設する施設の名称及び概要」欄には、施設の目的及び提供するサービスの内容等を記載してください。
4. 「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。
5. 「※兼務」欄は、短期入所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。
6. 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。
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。
8. 「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してください。

付表11－2　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。

受付番号	

施設	フリガナ									
	名　　称									
	所在地	（郵便番号　　－　　）								
	連絡先	電話番号				FAX番号				
当該事業所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							
従業者の職種員数			管理者		サービス管理責任者		職業指導員		生活支援員	
			専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
	従業者集	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）									
			就労支援員		その他の従業者					
			専従	※兼務	専従	※兼務				
	従業者集	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										
	利用定員		人							
	基準上の必要定員		人							
	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、寄付行為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. 「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。
4. 「※兼務」欄は、短期入所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。
5. 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。
6. 「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。

別添02

就労定着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				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　）			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
管理者	フリガナ		住　所	（郵便番号　　－　　）	
	氏　名				
	当該就労定着支援事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）				
	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			
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　条第　項第　号		
前年度の平均利用者数（人）			人		
一体的に運営する事業所の前年度の平均利用者数（人）			人		

従業者の職種・員数		サービス管理責任者		就労定着支援員	
		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）					

主な掲示事項			
営業日			
営業時間			
主たる対象者	指定無し　・　身体障害者　・　知的障害者　・　精神障害者　・　難病等対象者		
利用料			
その他の費用			
その他参考となる事項	苦情解決の措置概要	窓口（連絡先）	担当者
	その他		
添付書類	別添のとおり（定款、寄付行為及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、運営規程、経歴書、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））		

（備考）

1.「受付番号」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. 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。

4.「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。

5.「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記載してください。

6.「通常の次号の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付してください。

7. 事業所指定を受ける一体的に運営する事業所の過去3年間の一般就労の移行実績が分かる書類を添付してください。

別添03

年　月　日

一般就労移行実績

【申請日の属する日から遡って過去3年間において、一般就労に移行した者を記載すること】

1	氏　　名	就職日	就職先事業所
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

注1.　申請日の属する日から遡って過去3年間において、一般就労に移行した者について記載する。
　　一般就労の定義、雇用継続の状況は問わない。
注2.　就労定着支援を申請する事業所ごとに作成し、指定申請書に添付すること。
注3.　申請日の属する日から遡って過去3年間において、一般就労移行者数が3人以上いる場合は指定要件を満たすことになる。
注4.　雇用契約書の写しなど、雇用関係が証明できる書類を併せて御提出ください。

別添04
【新設の場合】

年　月　日

利用者の推定数と従業者（就労定着支援員）の員数

	就労継続期間が ６月に達した者の数
年度	人
年度	人
年度	人
合　　計	人

利用者の推定数 （過去3年間の総数×70%）	人

就労定着支援員の員数 （利用者の推定数÷40）	人

（常勤換算）

注1．過去3年間のそれぞれの年度において、一体的に運営する就労移行支援等を受けた後就労し、
就労を継続している期間が6月に達した者の数を記入する。

別添04
【新設の場合】

令和6年3月15日

利用者の推定数と従業者（就労定着支援員）の員数

	就労継続期間が6月に達した者の数
令和5年度	5 人
令和4年度	5 人
令和3年度	5 人
合　　計	15 人

利用者の推定数 （過去3年間の総数×70%）	10.5 人

就労定着支援員の員数 （利用者の推定数÷40）	0.2625 人

（常勤換算）

注1．過去3年間のそれぞれの年度において、一体的に運営する就労移行支援等を受けた後就労し、就労を継続している期間が6月に達した者の数を記入する。

付表12　就労継続支援事業の指定に係る記載事項

※1　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。

※2　従たる事業所のある場合は、付表12－2を併せて提出してください。

（　就労継続支援A型　就労継続支援B型　）

受付番号	

施設	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　－　）			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
管理者	フリガナ		住　所	郵便番号（　－　）	
	氏　名				
当該事業所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（　－　）	
	名　称				

従業者の職種員数		管理者		サービス管理責任者		職業指導員		生活支援員	
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
従業者集	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）									

		その他の従業者	
		専従	※兼務
従業者集	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	
利用定員	人
基準上の必要定員	人

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、寄付行為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. 「併設する施設の名称及び概要」欄には、施設の目的及び提供するサービスの内容等を記載してください。
4. 「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。
5. 「※兼務」欄は、短期入所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。
6. 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。
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12－2　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。

受付番号	

施設	フリガナ									
	名　　称									
	所在地	（郵便番号　　－　　）								
	連絡先	電話番号				FAX番号				
当該事業所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						
従業者の職種員数			管理者		サービス管理責任者		職業指導員		生活支援員	
			専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
	従業者集	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）									
			その他の従業者							
			専従	※兼務						
	従業者集	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									
	利用定員		人							
	基準上の必要定員		人							
	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、寄付行為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. 「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。
4. 「※兼務」欄は、短期入所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。
5. 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。
6. 「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

※ 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	

主たる事業所	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　）			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
（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　　－　　）			
	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　　－　　）			
	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　　－　　）			
	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　　－　　）			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
管理者	フリガナ		住　所	郵便番号（　　－　　）	
	氏　名				
	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		

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（人）	サービス単位1			
		サービス単位2			
		サービス単位3			

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

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)												
		非常勤(人)												
	常勤換算後の人数(人)													
	基準上の必要人数(人)													
主たる事業所	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)													
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)														
		非常勤(人)														
	常勤換算後の人数(人)															
	基準上の必要人数(人)															
主たる事業所	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)															
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)															

			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)										
		非常勤(人)										
	常勤換算後の人数(人)											
	基準上の必要人数(人)											
主たる事業所	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)											
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。

付表14

指定一般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				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 県　　郡・市			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
当該事業について定めてある定款・寄付行為等の条文				第　　条 第　　項 第　　号	
管理者	フリガナ		住所	（郵便番号　　－　　）	
	氏名				
	生年月日				
	当該相談支援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（有の場合、以下に記載）			有　・　無	
	事業所の名称		兼務する職種		
	事業の種類		勤務時間		

従業者の職種・員数（人）	地域移行支援・地域定着支援に従事する者			
	相談支援専門員		その他の者	
	専　従	兼　務	専　従	兼　務
常勤（人）				
非常勤（人）				
常勤換算後の人数（人）				
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	

常時の連絡体制の確保の具体的方法（地域定着支援のみ）	
主な掲示事項　営業日	
営業時間	
主たる対象者	特定無し・身体障害者・知的障害者・障害児・精神障害者・難病等対象
その他の費用	
通常の事業実施地域	
添付書類	別添のとおり（定款及び登記簿謄本又は条例等、事業所の平面図、運営規程、経歴書、入所者からの苦情を解決するため 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））

（備考）

1. 地域移行支援事業と地域定着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枚にまとめて提出してください。
2. 「受付番号」欄は、記入しないでください。
3. 「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との兼務は除く。
4. 「常時の連絡体制」については、営業時間以外の事業所の人員体制（宿直等）や利用者との連絡体制を含め、具体的に記載してください。
5. 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
6. 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様に記載した書類を添付してください。

者
に講

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	氏　　名		事業所の名称			
	フリガナ		事業の種類		兼務する職種	
	氏名		勤務時間			
2	氏　　名		事業所の名称			
	フリガナ		事業の種類		兼務する職種	
	氏名		勤務時間			
3	氏　　名		事業所の名称			
	フリガナ		事業の種類		兼務する職種	
	氏名		勤務時間			
4	氏　　名		事業所の名称			
	フリガナ		事業の種類		兼務する職種	
	氏名		勤務時間			
5	氏　　名		事業所の名称			
	フリガナ		事業の種類		兼務する職種	
	氏名		勤務時間			
6	氏　　名		事業所の名称			
	フリガナ		事業の種類		兼務する職種	
	氏名		勤務時間			
7	氏　　名		事業所の名称			
	フリガナ		事業の種類		兼務する職種	
	氏名		勤務時間			
8	氏　　名		事業所の名称			
	フリガナ		事業の種類		兼務する職種	
	氏名		勤務時間			
9	氏　　名		事業所の名称			
	フリガナ		事業の種類		兼務する職種	
	氏名		勤務時間			
10	氏　　名		事業所の名称			
	フリガナ		事業の種類		兼務する職種	
	氏名		勤務時間			

付表17

自立生活援助事業所の指定に係る記載事項

受付番号	

事業所	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　）			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
管理者	フリガナ		住所	（郵便番号　　－　　）	
	氏名				
	当該自立生活援助事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）				
	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			
		兼務する勤務時間			
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　　条 第　　項 第　　号		
前年度の平均利用者数（人）		人	※前年度の全利用者の延べ数を当該前年度の開所月数で除して得た数を記入すること。 ※新規に事業を開始する場合、この欄には推定数を記入すること。		
従業者の職種・員数		サービス管理責任者		地域生活支援員	
		専　従	兼　務	専　従	兼　務
	従業者数 常勤（人）				
	従業者数 非常勤（人）				
常時の連絡体制の確保の具体的方法					
主な掲示事項					
	営業日				
	営業時間				
	主たる対象者	特定無し ・ 身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 精神障害者 ・ 難病等対象者			
	利用料				
	その他の費用				
	通常の事業実施地域				
	その他参考となる事項	苦情解決の措置概要	窓口（連絡先）	担当者	
		その他			
添付書類		別添のとおり（定款、寄付行為及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、運営規程、経歴書、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））			

（備考）

1. 「受付番号」欄は、記入しないでください。
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様に記載した書類を添付してください。
3. 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。
4. 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
5. 「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記載してください。
6. 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付してください。