付表16 児童発達支援事業所及び放課後等デイサービス事業所の指定等に係る記載事項

サービス種別(申請する種別に〇)			児童発達支援			放課後等デイサービス		
児童発達支援センターに該当するか(該当する場合は、〇)								
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	年　　月　　日			
	氏　名							
	住　所	(郵便番号　　－　　)						
	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						
児童発達支援管理責任者	フリガナ			生年月日	年　　月　　日			
	氏　名							
	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			
〇運営・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(該当する日に〇)	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	:　　～　　:						
送迎の有無	有		無					
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			主な診療科名				
〇一体的に実施する従たる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	年　　月　　日			
	氏　名							
	住　所	(郵便番号　　－　　)						

	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	

<table>
<tr><td rowspan="3">児童発達支援管理責任者</td><td>フリガナ</td><td></td><td>生年月日</td><td colspan="4">年　月　日</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="5">（郵便番号　－　）</td></tr>
<tr><td colspan="3">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</td><td colspan="4">第　条第　項第　号</td></tr>
<tr><td colspan="2">利用定員（人）</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">利用者の推定数（人）</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">営業日（該当する日に〇）</td><td>日</td><td>月</td><td>火</td><td>水</td><td>木</td><td>金</td><td>土</td><td>祝</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">その他（年末年始等）</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">営業時間</td><td>平日</td><td colspan="6">：　～　：</td></tr>
<tr><td>土曜</td><td colspan="6">：　～　：</td></tr>
<tr><td>日・祝</td><td colspan="6">：　～　：</td></tr>
<tr><td colspan="2">送迎の有無</td><td colspan="2">有</td><td>無</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">利用料</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="2">その他の費用</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="2">通常の事業の実施地域</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="2">協力医療機関</td><td>名称</td><td colspan="2"></td><td>主な診療科名</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

（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

■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		生年月日	
	氏　名			年　月　日
	住　所	（郵便番号　－　）		
	フリガナ		生年月日	
	氏　名			年　月　日
	住　所	（郵便番号　－　）		
	フリガナ		生年月日	
	氏　名			年　月　日
	住　所	（郵便番号　－　）		
	フリガナ		生年月日	
	氏　名			年　月　日
	住　所	（郵便番号　－　）		
	フリガナ		生年月日	
	氏　名			年　月　日
	住　所	（郵便番号　－　）		
	フリガナ		生年月日	
	氏　名			年　月　日
	住　所	（郵便番号　－　）		

■協力医療機関

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

付表17　居宅訪問型児童発達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			
管理者	フリガナ		生年月日	
	氏　名			年　　月　　日
	住　所	(郵便番号　　－　　)		
	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		
児童発達支援管理責任者	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

専用の区画の有無	有		無					
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		主な診療科名					

(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．「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　－　）		
	フリガナ 氏　名		生年月日	年　月　日
	住　所	（郵便番号　－　）		

付表18 保育所等訪問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			
管理者	フリガナ		生年月日	
	氏　名			年　　月　　日
	住　所	(郵便番号　　－　　)		
	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		
児童発達支援管理責任者	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

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．「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　－　）		
	フリガナ 氏　名		生年月日	年　月　日
	住　所	（郵便番号　－　）		

付表１９　障害児入所支援(福祉型障害児入所施設)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		生年月日	年　　月　　日				
	氏　名							
	住　所	(郵便番号　　－　　)						
児童発達支援管理責任者	フリガナ		生年月日	年　　月　　日				
	氏　名							
	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(㎡)							
設置部分(設置されているものに○)	居室		調理室		浴室		便所	
	医務室		静養室		職業指導に必要な設備		遊戯室	
	支援室		音楽に関する設備		身体の機能の不自由を助ける設備		映像に関する設備	
	屋外遊戯場							
入所定員(人)								
利用者の推定数(人)								
利用料								
その他の費用								
協力医療機関	名称		主な診療科名					
協力歯科医療機関	名称							

(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

■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		生年月日	
	氏　名			年　月　日
	住　所	（郵便番号　－　）		
	フリガナ		生年月日	
	氏　名			年　月　日
	住　所	（郵便番号　－　）		
	フリガナ		生年月日	
	氏　名			年　月　日
	住　所	（郵便番号　－　）		
	フリガナ		生年月日	
	氏　名			年　月　日
	住　所	（郵便番号　－　）		
	フリガナ		生年月日	
	氏　名			年　月　日
	住　所	（郵便番号　－　）		
	フリガナ		生年月日	
	氏　名			年　月　日
	住　所	（郵便番号　－　）		

■協力医療機関

協力医療機関	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
協力歯科医療機関	名称			
	名称			
	名称			

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		生年月日	年　　月　　日				
	氏　名							
	住　所	(郵便番号　　－　　)						
児童発達支援管理責任者	フリガナ		生年月日	年　　月　　日				
	氏　名							
	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(㎡)							
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)

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

■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　－　）		
	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	