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							
	E-Mail							
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							
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						

○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．「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	
	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　　－　　）

付表２　療養介護事業所の指定等に係る記載事項

<table>
<tr><td rowspan="5">事業所</td><td>フリガナ</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>名　　称</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="5">（郵便番号　　－　　）</td></tr>
<tr><td>連 絡 先</td><td>電話番号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>E-Mail</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="5">管理者</td><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">生年月日</td><td colspan="2" rowspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="5">（郵便番号　　－　　）</td></tr>
<tr><td colspan="3">当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合記入）</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合記入）</td><td>事業所等の名称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>兼務する職種及び勤務時間等</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">サービス管理責任者</td><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">生年月日</td><td colspan="2" rowspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="2"></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="3">第　　条 第　　項 第　　号</td></tr>
<tr><td colspan="6">〇運営・設備に関する基準の確認に必要な事項</td></tr>
<tr><td>利用定員（人）</td><td colspan="2"></td><td>利用者の推定数（人）</td><td colspan="2"></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="2">その他（年末年始等）</td><td colspan="6"></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>利用料</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>その他の費用</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>通常の事業の実施地域</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>設備</td><td colspan="4">多目的室（デイルーム）の有無（いずれかに〇）</td><td>有</td><td>無</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

■サービス管理責任者

サービス管理責任者	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　－　）		

付表３　生活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　　－　　）		
	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

利用定員（人）							
利用者の推定数（人）	事業所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						
	サービス単位３						
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			

○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			
サービス管理責任者	フリガナ		生年月日	
	氏　名			年　　月　　日
	住　所	（郵便番号　　－　　）		

理		
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

<table>
<tr><td>利用定員（人）</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">利用者の推定数（人）</td><td colspan="8">事業所が申告する障害支援区分の平均値</td></tr>
<tr><td>サービス単位</td><td colspan="2">４未満</td><td colspan="2">４以上５未満</td><td colspan="2">５以上</td></tr>
<tr><td>サービス単位１</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>サービス単位２</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>サービス単位３</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></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="7">：　～　：</td></tr>
<tr><td>土曜</td><td colspan="7">：　～　：</td></tr>
<tr><td>日・祝</td><td colspan="7">：　～　：</td></tr>
<tr><td>利用料</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td>その他の費用</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td>通常の事業の実施地域</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td>協力医療機関</td><td>名称</td><td colspan="3"></td><td>診療科名</td><td colspan="3"></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。

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。

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		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		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４　短期入所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		

事業所の種別（いずれかに○）及び定員（人）	種別	定員		
	空床型	本体施設の空床の範囲内		
	併設型			
	単独型			
本体施設の種別・名称・定員・入所者数	名称		定員	
	種別		前年度平均入所者数	
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								
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。

記入欄不足時の資料

■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							
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						
○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。

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	
	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　　－　　）

■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6　自立訓練(機能訓練・生活訓練)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○)		機能訓練		生活訓練		宿泊型自立訓練を実施する場合は○	

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

訪問事業の実施	有		無					
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)							
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				

○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			
サービス管理責任者	フリガナ		生年月日	
	氏　名			年　月　日
	住　所	(郵便番号　　－　　)		

<table>
<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="5">第　　条 第　　項 第　　号</td></tr>
<tr><td>訪問事業の実施</td><td colspan="2">有</td><td colspan="2">無</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>利用定員（人）</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>利用者の推定数（人）</td><td colspan="7"></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="2">その他（年末年始等）</td><td colspan="6"></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>利用料</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>その他の費用</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>通常の事業の実施地域</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>協力医療機関</td><td>名称</td><td colspan="2"></td><td>診療科名</td><td colspan="3"></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。

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。

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		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		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7　就労選択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 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		
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）				
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	
提携就労支援機関				

○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			
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	
利用定員（人）				
利用者の推定数（人）				
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	
提携就労支援機関				

（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。

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。

記入欄不足時の資料

■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8　就労移行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○)		一般型		資格取得型	

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

利用定員(人)				
利用者の推定数(人)				
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	
提携就労支援機関				

○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			
サービス管理責任者	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
利用定員(人)				
利用者の推定数(人)				

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	
提携就労支援機関				

（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。

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。

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		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		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9　就労継続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○)		就労継続支援Ａ型		就労継続支援Ｂ型
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				
利用定員(人)				
利用者の推定数(人)				
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	
○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			
サービス管理責任者	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	
利用定員(人)				
利用者の推定数(人)				
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。

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

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10 就労定着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　　－　　)		
	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

利用者の推定数(人)								
一体的に運営する事業所の前年度の平均利用者数(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。

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		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　－　）		

付表11　自立生活援助事業所の指定等に係る記載事項

<table>
<tr><td rowspan="5">事業所</td><td>フリガナ</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>名　　称</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="6">(郵便番号　　－　　)</td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>E-Mail</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td rowspan="5">管理者</td><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td colspan="3">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="6">(郵便番号　　－　　)</td></tr>
<tr><td colspan="3">当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)</td><td>事業所等の名称</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>兼務する職種及び勤務時間等</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">サービス管理責任者</td><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td colspan="3">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="6">(郵便番号　　－　　)</td></tr>
<tr><td colspan="4">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="3">第　　条 第　　項 第　　号</td></tr>
<tr><td colspan="7">〇運営・設備に関する基準の確認に必要な事項</td></tr>
<tr><td>利用者の推定数(人)</td><td colspan="6"></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>利用料</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>その他の費用</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>通常の事業の実施地域</td><td colspan="6"></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

■サービス管理責任者

サービス管理責任者	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　－　）		

付表１２　共同生活援助事業所の指定等に係る記載事項

<table>
<tr><td rowspan="5">主たる事業所</td><td>フリガナ</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>名　　称</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="4">（郵便番号　　－　　）</td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>E-Mail</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="6">管理者</td><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="4">（郵便番号　　－　　）</td></tr>
<tr><td colspan="3">当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合記入）</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合記入）</td><td>事業所等の名称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>兼務する職種及び勤務時間等</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">サービス管理責任者</td><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="4">（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="2">第　　条 第　　項 第　　号</td></tr>
<tr><td colspan="5">〇運営・設備に関する基準の確認に必要な事項</td></tr>
<tr><td rowspan="3">サービスの提供形態（該当部分に〇）</td><td colspan="2">介護サービス包括型</td><td rowspan="2">生活支援員の業務の外部委託の予定</td><td>有</td><td>無</td></tr>
<tr><td colspan="2">日中サービス支援型</td><td colspan="2">有の場合の月間時間数</td></tr>
<tr><td colspan="2">外部サービス利用型</td><td>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</td><td>別紙のとおり</td></tr>
<tr><td>利用定員（人）</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>利用者の推定数（人）</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">指定生活介護事業所等との連携体制</td><td>連携する施設の種別</td><td></td><td>施設名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>支援体制の概要</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>協力医療機関</td><td>名称</td><td colspan="2"></td><td>診療科名</td><td></td></tr>
<tr><td>協力歯科医療機関</td><td>名称</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

○共同生活住居の情報

共同生活住居①（主たる事業所）	フリガナ				
	名　　称	（前頁に記載）			
	所在地	（前頁に記載）			
	連 絡 先	（前頁に記載）			
	住居区分（該当するものに○）	一戸建て	アパート		
		マンション	その他		
	建物所有者名				
	賃貸借契約の内容	家賃月額（円）			
		契約期間	～		
	住居の利用定員（人）		居室数	室（うち個室　　室）	
	入居者1人当たりの居室の最小床面積(㎡)				
	一体的に運営するサテライト型住居数(箇所)				
	主たる対象者（対象とするものに○）	身体障害	知的障害		
		精神障害	難病等対象者		
共同生活住居②	フリガナ				
	名　　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　）			
	電話番号				
	住居区分（該当するものに○）	一戸建て	アパート		
		マンション	その他		
	建物所有者名				
	賃貸借契約の内容	家賃月額（円）			
		契約期間	～		
	住居の利用定員（人）		居室数	室（うち個室　　室）	
	入居者1人当たりの居室の最小床面積(㎡)				
	一体的に運営するサテライト型住居数(箇所)				
	主たる対象者（対象とするものに○）	身体障害	知的障害		
		精神障害	難病等対象者		
共同生活住居③	フリガナ				
	名　　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　）			
	電話番号				
	住居区分（該当するものに○）	一戸建て	アパート		
		マンション	その他		
	建物所有者名				
	賃貸借契約の内容	家賃月額（円）			
		契約期間	～		
	住居の利用定員（人）		居室数	室（うち個室　　室）	
	入居者1人当たりの居室の最小床面積(㎡)				
	一体的に運営するサテライト型住居数(箇所)				
	主たる対象者（対象とするものに○）	身体障害	知的障害		
		精神障害	難病等対象者		

○サテライト型住居の情報

サテライト型住居①	フリガナ			
	名　　称			
	所在地	（郵便番号　　－　　）		
	電話番号			
	住居区分（該当するものに○）	一戸建て	アパート	
		マンション	その他	
	建物所有者名			
	賃貸借契約の内容	家賃月額（円）		
		契約期間	～	
	住居の利用定員（人）		居室の最小床面積（㎡）	
	本体住居の名称			
	本体住居との距離（km）			
	主たる対象者（対象とするものに○）	身体障害	知的障害	
		精神障害	難病等対象者	
サテライト型住居②	フリガナ			
	名　　称			
	所在地	（郵便番号　　－　　）		
	電話番号			
	住居区分（該当するものに○）	一戸建て	アパート	
		マンション	その他	
	建物所有者名			
	賃貸借契約の内容	家賃月額（円）		
		契約期間	～	
	住居の利用定員（人）		居室の最小床面積（㎡）	
	本体住居の名称			
	本体住居との距離（km）			
	主たる対象者（対象とするものに○）	身体障害	知的障害	
		精神障害	難病等対象者	
サテライト型住居③	フリガナ			
	名　　称			
	所在地	（郵便番号　　－　　）		
	電話番号			
	住居区分（該当するものに○）	一戸建て	アパート	
		マンション	その他	
	建物所有者名			
	賃貸借契約の内容	家賃月額（円）		
		契約期間	～	
	住居の利用定員（人）		居室の最小床面積（㎡）	
	本体住居の名称			
	本体住居との距離（km）			
	主たる対象者（対象とするものに○）	身体障害	知的障害	
		精神障害	難病等対象者	

（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。

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。

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		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　－　）		

■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	
協力歯科医療機関	名称			
	名称			
	名称			

付表１３　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		生年月日	
	氏　名			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		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

居室	１室の最大定員(人)			
	入所者１人あたりの最小床面積(㎡)			
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			
	サービス単位３			

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。

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			