

## 指定障害福祉サービス事業所等指定申請書様式集

Ver. 035

平成24年2月3日

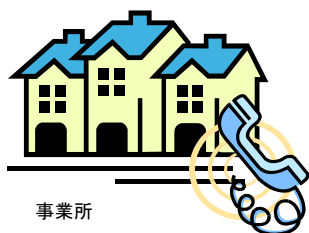
神奈川県保健福祉局福祉・次世代育成部  
障害サービス課

## 障害者自立支援法における障害福祉サービス事業所等の指定申請予定事業所の皆様へ

神奈川県保健福祉局  
福祉・次世代育成部障害サービス課

### 1 障害者自立支援法における障害福祉サービス事業所指定申請の流れ

#### ● 障害福祉サービス指定申請の予約、相談等



事業所

障害福祉サービス事業所として指定を受けようとする場合は、神奈川県障害サービス課事業支援グループ(TEL: 045-210-4732)に電話でその旨をお伝えください。指定申請書類確認のため来庁の予約等をします(指定申請は完全予約制です)。また場合によってこちらから事業内容等について何点か確認をさせていただくこともあります。指定申請の締め切りは指定希望月の前月15日ですので、余裕をもって申請してください。



神奈川県庁



#### ● 障害福祉サービス指定申請書類の提出

予約の日時に合わせ、指定申請書類を持参の上、来庁してください。指定申請書類の確認をさせていただきます。場合によって、指定申請書類の補正をしていただくこともあります。



指定申請書類



#### ● 指定書の受領



指定申請が済み、障害福祉サービス事業者として指定された場合は、指定申請を行った月の月末に、指定年月日、事業所番号等が記載された「指定書」を神奈川県から事業所所在地に送付します。記載された指定年月日から指定障害福祉サービス事業所となります。



## 2 障害福祉サービス事業所指定申請の締め切り

- 事業所指定は毎月1日に行います。
- 申請の締め切りは、事業所指定を受けようとする月の前月15日（15日が休日の場合はその直前の平日）です。  
例えば、4月1日の事業所指定を受けようとする場合は、3月15日までに事業所指定申請を行う必要があります。  
必要書類が多数ありますので、時間の余裕を持って申請して下さい。

## 3 障害福祉サービス事業所指定申請のための必要書類

必要書類は次の手順でダウンロードしてください。



ウェブサイト「障害福祉情報サービスかながわ」（<http://www.rakuraku.or.jp/shienhi/>）にアクセス

「書式ライブラリ」をクリック

書式ライブラリ  
福祉事業所向けの情報です

「7. 事業所指定申請書様式」をクリック

「1. 障害福祉サービス事業等」をクリック

一番初めに、2007/03/01 付けで掲載されている「新規事業所指定申請時の必要書類一覧」をダウンロードしてください。  
新規事業所指定申請時に必要な書類の一覧とその説明がありますので、申請しようとしているサービス種類に必要な書類を確認した後、必要な書類をダウンロードしてください。

申請に必要な書類の掲載年月日等

掲載年月日	掲載書類名	書類の概要
2006/10/9	指定障害福祉サービス事業者等指定申請書様式	指定申請書、口座振込の依頼書、各種付表です。
2007/2/28	指定申請 添付書類様式	指定申請時に必要な添付書類の様式集です。

※運営規程の参考例等も掲載してありますので、必要に応じてダウンロードしてください。

次の書類は、「8. 変更届・体制届等様式」→「2. 体制等に関する届出」の中にあります。

2011/3/23	【平成23年10月以降適用版】介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書【届出様式①】	介護給付費等算定に係る体制等に関する届出様式です。
2011/3/23	【平成23年4月以降適用版】介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書【届出様式②】	介護給付費等算定に係る体制等に関する届出様式です。

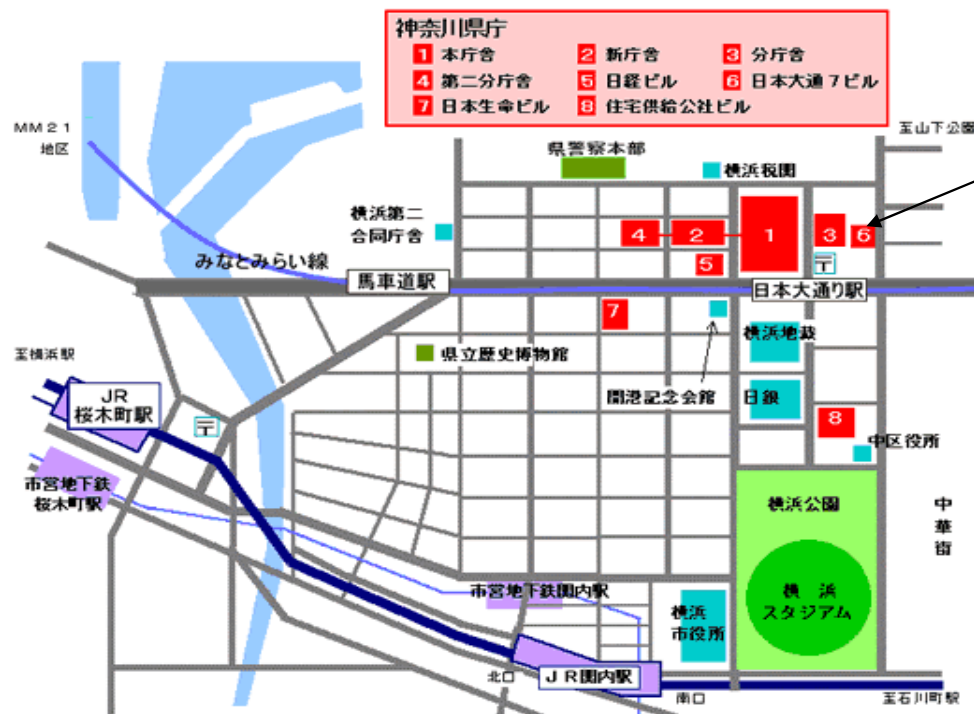
※2011年3月23日掲載内容です。今後変更される可能性があります。

#### 4 平成24年4月1日付障害福祉サービス事業所指定申請の予約、お問い合わせ先

神奈川県保健福祉局福祉・次世代育成部障害サービス課事業支援グループ

TEL 045-210-4732 (直)

FAX 045-201-2051



○平成24年4月1日付事業所指定申請の受付は日本大通7ビル500会議室で行います。  
(平成24年2月20日～3月15日まで)

○平成24年5月1日付以降の事業所指定申請の受付は政令指定都市、中核市で開設する事業所の場合は政令指定都市、中核市が用意する会場で行います。

政令指定都市、中核市以外で開設する場合は神奈川県障害サービス課で行います。

#### 5 注意事項

指定申請には一部データの提出も必要です。その際は必ずウイルスチェックを実施し、安全なデータを提出してください。

事業所等に設置するパソコンには必ずアンチウイルスソフトを導入し、感染を未然に防ぐことはもちろん、万が一感染した場合でも他事業所等へ感染を広めないようにしましょう。



**6 平成24年5月1日付以降の障害福祉サービス事業所指定申請の予約、お問い合わせ先**

**1 横浜市で事業所を開設する場合**

横浜市健康福祉局障害福祉部障害企画課

TEL 045-671-3603

FAX 045-671-3566

**2 川崎市で事業所を開設する場合**

川崎市健康福祉局障害保健福祉部障害計画課

TEL 044-200-2654

FAX 045-200-3932

**3 相模原市で事業所を開設する場合**

相模原市健康福祉局福祉部障害福祉課

TEL 042-769-8355

FAX 042-759-4395

**4 横須賀市で事業所を開設する場合**

横須賀市福祉部障害福祉課

TEL 046-822-8248

FAX 046-825-6040

**5 政令指定都市、中核市以外で事業所を開設する場合**

神奈川県保健福祉局福祉・次世代育成部障害サービス課事業支援グループ

TEL 045-210-4732

FAX 045-201-2051

## 指定申請時に提出する『付表』の表示について

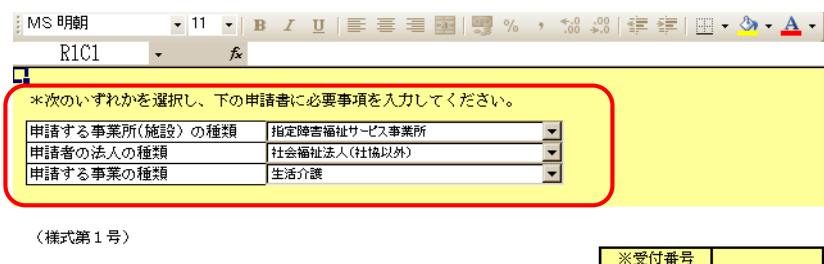
### 付表の表示方法

付表は指定申請書様式のファイルに格納されていますが、最初は表示されていません。

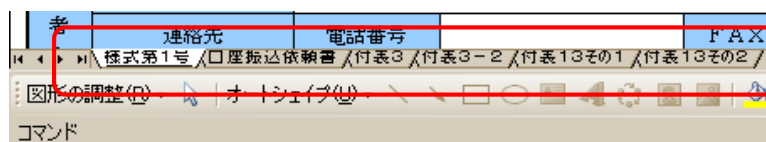
※画面下部のシート表示部分イメージ



様式第1号画面上部の3つのプルダウンメニューを選択すると、申請するサービスに該当する付表が表示されます。



指定障害福祉サービス事業所 指定申請書



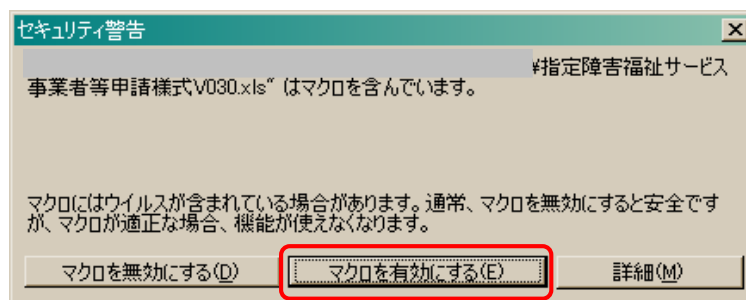
### ※上記操作で付表が表示されない場合

付表はエクセルのマクロ機能を使用して表示させています。  
上記操作で付表が表示されない場合は、マクロの設定を行う必要があります。  
(お使いのエクセルのバージョンによって、設定の方法が異なります。該当するバージョンを参照してください)。

### マクロの設定方法 (Microsoft Office 2003)

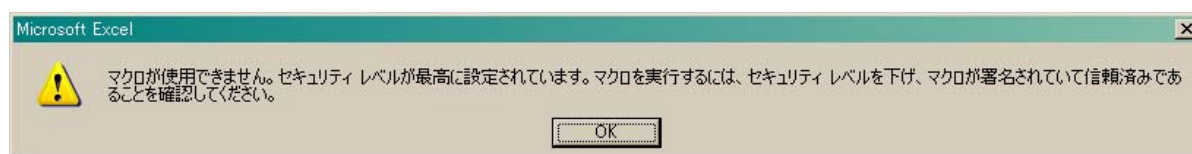
#### (1) マクロを有効にする

ファイルを開いた際に、以下のメッセージが表示された場合、『マクロを有効にする』を選択します。



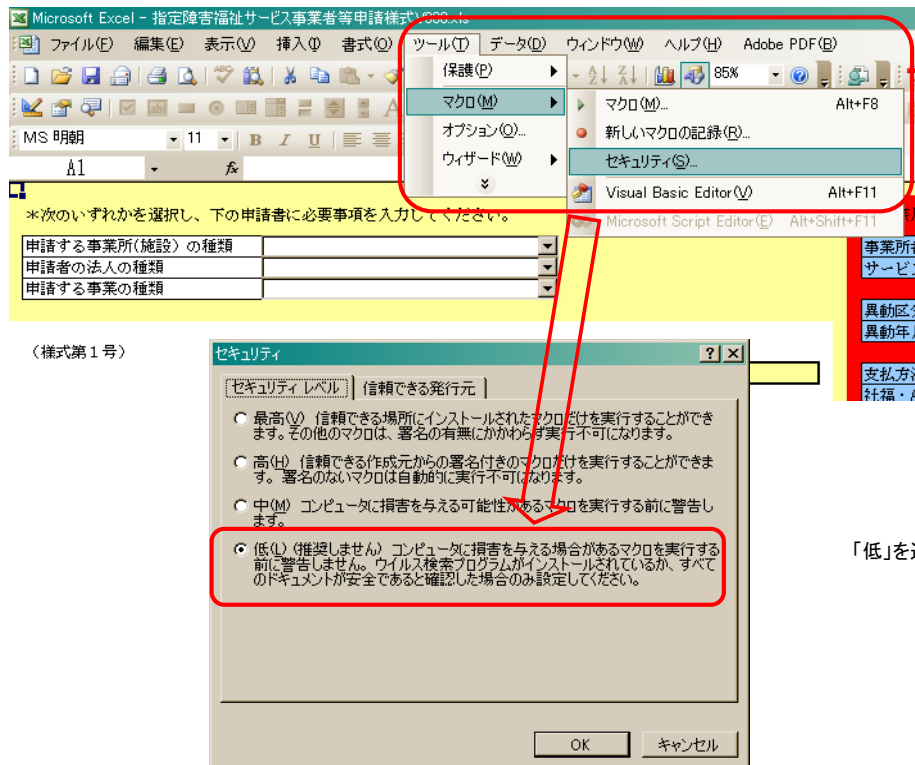
これでマクロは有効になりました、

なお、ファイルを開いた際、以下のメッセージが表示された場合は、下記の「マクロセキュリティの設定方法」を参照してください。



#### (2) マクロセキュリティの設定方法

次に、マクロセキュリティを「低」に設定する必要があります。  
「ツール」→「マクロ」→「セキュリティ」から、セキュリティレベルを「低」に設定します。

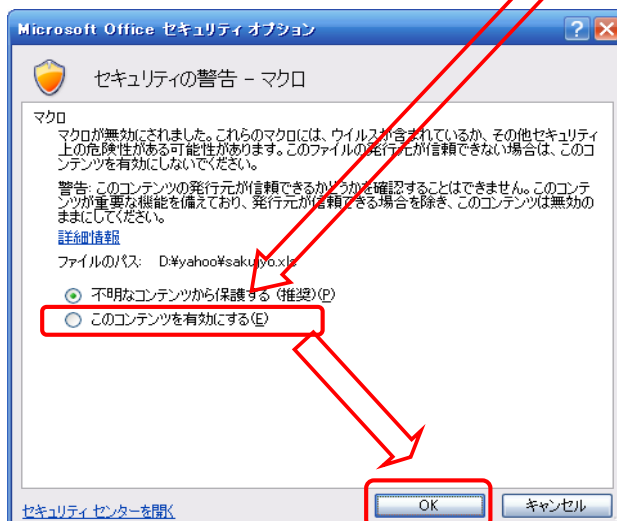
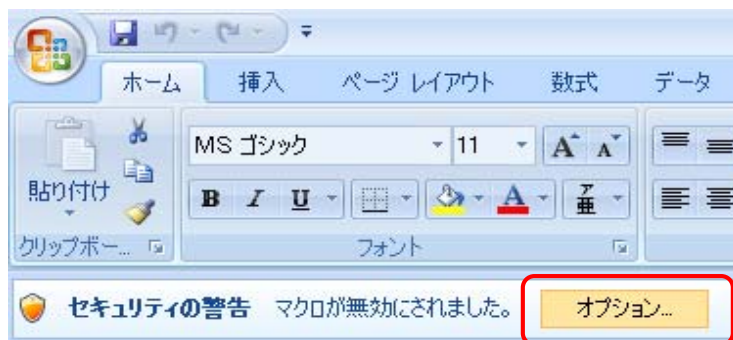


セキュリティレベルを「低」に設定した後、エクセルファイルを一旦閉じて、再度開くと、マクロ機能が使用できます。画面上のプルダウンメニューを設定し、『付表』シートが表示されることを確認してください。

## マクロの設定方法 (Microsoft Office 2007)

### (1) マクロを有効にする

エクセルの2007では、マクロ付きのブックを開くと、いったんマクロが強制的に「無効」にされてしまいます。この場合は、「セキュリティの警告 マクロが無効になりました」というメッセージが表示されますので、オプションボタンを押し、表示された画面で、「このコンテンツを有効にする(E)」のラジオボタンを押して「OK」ボタンを押します。



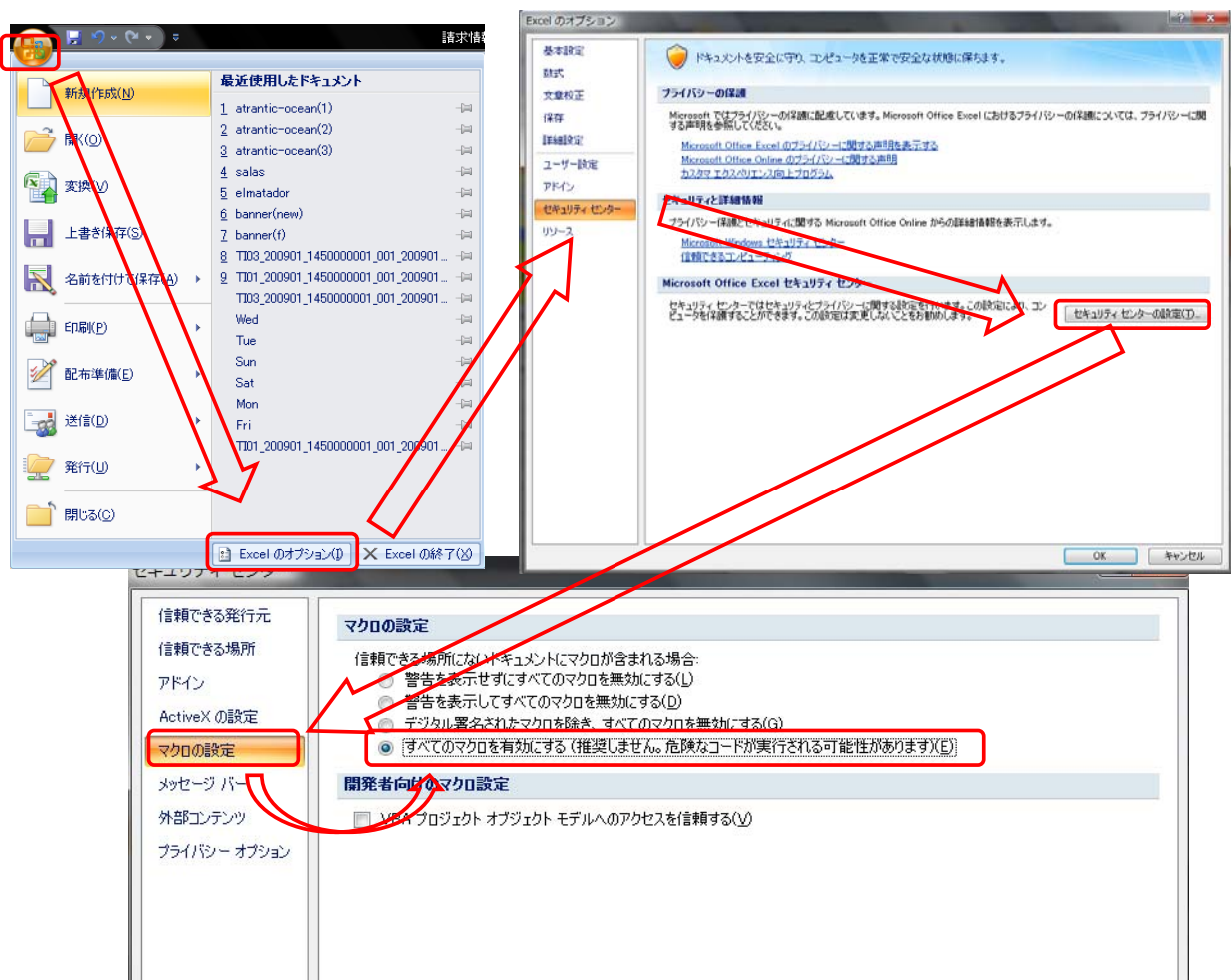
これでマクロが有効になります。



## (2) マクロセキュリティの設定方法

次に、マクロセキュリティを「低」に設定する必要があります。

オフィスボタンを押下し、「Excelのオプション」→「セキュリティセンター」→「セキュリティセンターの設定」→「マクロの設定」から、「すべてのマクロを有効にする」を選択します。



上記操作の後、エクセルファイルを一旦閉じて、再度開くと、マクロ機能が使用できます。  
画面上部のプルダウンメニューを設定し、『付表』シートが表示されることを確認してください。

## マクロの設定方法 (Microsoft Office 2010)

### (1) マクロを有効にする

エクセルの2010でもマクロ付きのブックを開くと、セキュリティレベルの設定によりマクロが強制的に「無効」にされてしまいます。  
この場合は、「セキュリティの警告 マクロが無効にされました」というメッセージが表示されますので、  
ここでメッセージ横の「コンテンツの有効化」ボタンをクリックするとマクロが有効になります。

### (2) マクロセキュリティの設定方法

詳しくは、「マイクロソフト社サポート/Excel2010のヘルプと使い方/マクロ/Excelのマクロのセキュリティ設定を変更する」  
([http://office.microsoft.com/ja-jp/excel-help/HP010342232.aspx#\\_Toc268686298](http://office.microsoft.com/ja-jp/excel-help/HP010342232.aspx#_Toc268686298))を参照ください。



【記載例】

※次のいずれかを選択し、下の申請書に必要事項を入力してください。

申請する事業所(施設)の種類	指定障害福祉サービス事業所
申請者の法人の種類	社会福祉法人(社協以外)
申請する事業の種類	居宅介護

(様式第1号)

・各々▼ボタンをクリックすると、プルダウンメニューが表示されます。該当するものを選択して下さい。

・事業の種類を選択すると対応した付表シートが表示されます。

※受付番号	
-------	--

神奈川県使用欄

事業所番号		CSV出力
サービス種類	11	
異動区分		CSV取込
異動年月日		
支払方法		

指定障害福祉サービス事業所指定申請書

(申請先)

神奈川県知事

(申請者)

神奈川県横浜市中区日本大通 1

名 称	社会福祉法人かながわ福祉会
代表者氏名	理事長 かながわ一郎

表法  
者人  
印代

障害者自立支援法に規定する 指定障害福祉サービス事業所 に係る指定を受けたいので、  
下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

申請者（設置者）	フリガナ 名称		シャカイフクシツシツカナガワフクシカイ 社会福祉法人かながわ福祉会					
	主たる事務所の所在地		〒 231-8588 ←郵便番号を半角数字7桁で記載してください 神奈川県横浜市中区日本大通1					
	連絡先		電話番号	045-210-1111	FAX番号	045-201-2051		
	法人の種類		社会福祉法人（社協以外）			法人所轄庁	神奈川県知事	
代表者	役職	理事長						
	氏名	かながわ一郎						
	住所	〒 254-**** ←郵便番号を半角数字7桁で記載してください 神奈川県平塚市〇〇町△△-△						
事業所・施設の種類	フリガナ 名称		カナガワマルサシカホムヘルプ かながわ〇△ホームヘルプ					
	事業所（施設）の所在地		〒 248-**** ※事業所（施設）所在地市町村番号 ※級地区分 神奈川県鎌倉市●●町▲▲-▲					
	事業等の種類		指定障害福祉サービス事業所					
			居宅介護	指定申請をする事業等の事業開始予定年月日 平成22年4月1日		付表 1	備考	
主たる事業所名称		かながわ〇△ホームヘルプ						
同一の法律において既に指定を受けている場合		サービスの種類	事業所番号					
		事業所名称						

・事業所名称は必ず記載して下さい。多機能型の場合主たる事業所名称を入力してください。

〈備考〉

※「※」のついた欄には記載しなくてください。

注

1 「法人の種類」欄には、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」

2 「株式会社」「有限会社」等の別を記載してください。

3 「法人所轄庁」欄には、申請者が認定法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。

4 「指定を受けようとする事業所・施設の種類」欄には、今回申請をするものについて必要事項を記載してください。

5 同一の法律において既に指定を受けている場合「欄」には、神奈川県において既に事業所としての指定を受け、番号が付番されている場合に、その事業所に関する事項を記載してください。複数の番号を有する場合には、そのうちの一つのみを記載してください。

Ver.030

※申請する全てのサービス種類で作成が必要です。

## 【記載例】

口座振込（変更）依頼書（兼 受領委任状）

神奈川県国民健康保険団体連合会理事長 殿

以下の口座に、次に掲げる介護給付費等の振込を依頼します。

平成 22 年 2 月 9 日

申請者 (債権者)	法人名称	社会福祉法人かながわ福祉会		
	郵便番号	〒	231-8588	←郵便番号を半角数字7桁で入力してください。
	所在地	神奈川県横浜市中区日本大通 1		
	代表者氏名	かながわ一郎		
	事業所名称	かながわ〇△ホームヘルプ		
	事業所番号			
対象事業名	11	居宅介護		

・様式第1号で入力した情報が自動的に反映されます。直接入力できません。

表  
法  
者  
人  
印  
代

・入力不要です。

振込先	金融機関名	〇〇銀行	金融機関コード	****
	店舗名	××支店	店舗コード	***
	口座番号	*****		
	預金種別	<input checked="" type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 当座		
名義人フリガナ	ソシヤルワズシキカイシヨウカキワイロウ			
氏名	社会福祉法人かながわ福祉会理事長かながわ一郎			

・不明な場合はご利用の金融機関にご確認ください。

・口座の名義は、このフリガナ名義で登録しますので、通帳のフリガナ欄をご確認のうえ、正確に入力(半角フリガナ)してください。

委任状	申請者（債権者）は、口座名義人（受任者）に、上記介護給付費等の受領に関する一切の権限を委任します。			
	平成 22 年 2 月 9 日	委任者    かながわ一郎    印		

・申請者と口座名義人が異なる場合は、申請者による委任を行ってください。

振込エラー防止のため

ここに振込先の店番号、口座番号、口座名義人フリガナがわかる通帳の写しを貼り付けるか、

以下に、取引金融機関の確認印を受けてください。

上記口座が存在することを確認しました。

金融機関名

確認年月日

確認印

・口座名義に間違いがないことを確認するため、通帳の口座名義人欄(フリガナ)部分の写しを貼り付ける(別添可)か、金融機関の確認印をもらってください。

●居宅介護・重度訪問介護・行動援護・同行援護

【記載例】

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

事業所	フリガナ	カナガワリマシナガホームヘルプ		※受付番号		
	名称	かながわ〇△ホームヘルプ				
	所在地	〒 248-****	←郵便番号を半角数字7桁で入力してください			
		鎌倉市●●町123-456				
連絡先	電話番号	0467-**-****		FAX番号	0467-**-****	
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						
管理者	フリガナ	カナガワニシロウ				
	氏名	かながわ二郎				
	住所	〒 248-****	←郵便番号を半角数字7桁で入力してください			
		鎌倉市〇〇町123-456				
	当該事業所における居宅介護従業者等との兼務の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
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	かながわ〇△ホームヘルプ				
	兼務する職種	(訪問介護) 管理者				
	勤務時間	4時間/日				
提供責任者	フリガナ	ヨコハマタロウ				
	氏名	よこはま太郎				
住所	〒 232-****	←郵便番号を半角数字7桁で入力してください				
	横浜市南区△△町123-4-567					
従業者の職種・員数	(単位:人)	居宅介護事業従業者	その他の従業者			
		専従	兼務	専従	兼務	
		従業員数	常勤	3		
		非常勤	6			
		常勤換算後の人数	4.2			
※基準上の必要人数						
主な揭示事項	営業日	<input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input checked="" type="checkbox"/> 木 <input checked="" type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日				
	営業時間	平日	8:30 ~ 17:30		土曜	
		日曜			祝日	
	サービス内容	居宅介護	<input checked="" type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> 通院等乗降介助 <input checked="" type="checkbox"/> 家事援助等			
		重度訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>			
		同行援護	<input checked="" type="checkbox"/>			
	主たる対象者	居宅介護	<input checked="" type="checkbox"/> 特定なし <input type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 障害児 <input type="checkbox"/> 精神障害者			
		行動援護	<input type="checkbox"/> 特定なし <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 障害児 <input type="checkbox"/> 精神障害者			
		同行援護	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者 <input checked="" type="checkbox"/> 障害児			
	利用料	運営規程に定めるとおり				
その他費用	運営規程に定めるとおり					
通常の事業の実施地域	鎌倉市         藤沢市         横浜市栄区					
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無				
	苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)				
	その他	担当者				
※加算等	特定事業所加算区分	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input checked="" type="checkbox"/> 無				
	処遇改善助成金交付	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				

・様式第1号に入力した内容が自動的に反映されます。直接入力できません。

・半角数字で入力してください。

・半角数字で入力してください。

・番地等の数字を含め全て全角入力。

・管理者が当該事業所や他事業所において兼務する場合、記載してください。

・半角数字で入力してください。

・番地等の数字を含め全て全角入力。

・添付する勤務表等と合致するように記載してください。

・記載例のとおり半角数字『00:00』という形式で入力してください。

・申請するサービス内容に応じてチェックをしてください。

・運営規程に定めた「通常の実施地域」を記載してください。

(備考)

1. 「※」のついた欄には、記載しないでください。
2. 居宅介護の指定を受けた場合、あわせて重度訪問介護の指定もされることになります。
3. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
4. 出張所等がある場合は、付表1-2にも記載してください。  
また、従業者については、本様式中に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
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載してください。
6. 「通常の実施地域」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。

注

付表 1-2 居宅介護等を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

		※受付番号										
		※出張所番号										
事業所	フリガナ 名 称											
	所在地	〒 <input type="text"/> ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください										
主な 掲 示 事 項	連 絡 先	電話番号			FAX番号							
	営業日	<input type="checkbox"/> 月	<input type="checkbox"/> 火	<input type="checkbox"/> 水	<input type="checkbox"/> 木	<input type="checkbox"/> 金	<input type="checkbox"/> 土	<input type="checkbox"/> 日				
	営業時間	平日		～		土曜		～		備考		
		日曜		～		祝日		～				
	サービス内容	居宅介護	<input type="checkbox"/>	身体介護	<input type="checkbox"/>	通院等乗降介助	<input type="checkbox"/>	家事援助	<input type="checkbox"/>			
		重度訪問介護	<input type="checkbox"/>			行動援護	<input type="checkbox"/>					
		同行援護	<input type="checkbox"/>									
	主たる対象者	居宅介護	<input type="checkbox"/>	特定なし	<input type="checkbox"/>	身体障害者	<input type="checkbox"/>	知的障害者	<input type="checkbox"/>	障害児	<input type="checkbox"/>	精神障害者
		行動援護	<input type="checkbox"/>	特定なし	<input type="checkbox"/>	知的障害者	<input type="checkbox"/>	障害児	<input type="checkbox"/>	精神障害者		
		同行援護	<input type="checkbox"/>	身体障害者	<input type="checkbox"/>	障害児						
	利用料											
	その他費用											
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	○ 有      ● 無										
	苦情解決の措置概要	窓口（連絡先）										
		担当者										
その他												

・出張所を設ける場合は作成してください。

(備考)

1. 「※」のついた欄には、記載しないでください。
2. 「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。
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記載してください。
4. 「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。

●療養介護

【記載例】

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	かながわワルデンケアサービス					
	名称	かながわ△療養介護					
	所在地	〒 240-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください 神奈川県鎌倉市●●町▲▲-▲▲					
連絡先	電話番号	0467-**-****	FAX番号 0467-**-****				
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 定款第○条第○項							
管理者	フリガナ	かながわ二郎					
	氏名	かながわ二郎					
	住所	〒 240-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください 神奈川県鎌倉市○○町123-456					
	当該療養介護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 勤務時間						
管理サービス	フリガナ	よこはま太郎					
	氏名	よこはま太郎					
住所	〒	240-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください					
	住所	神奈川県横浜市内区123-4-567					
・員数（共通）	（単位：人）	専従	兼務	専従	兼務		
	従業者数	1			4		
	非常勤				2		
	常勤換算後の人数	1					
	※基準上の必要人数						
単位1	（単位：人）	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	従業者数		2		10		
	非常勤		7		8		
	常勤換算後の人数	2		12.5			
	※基準上の必要人数						
	前年度の平均利用者数	22		人（単位ごとの利用者数。＊新規の場合は推定数）			
	単位ごとの利用定員	24		人（単位ごとの利用定員）			
	※基準上の必要定員	人				※単位番号	
	※利用定員超過減算	○ 有 ● 無	※職員欠如減算	○ 有 ● 無	※人員配置区分		
	療養介護全体の利用定員	24		人			
前年度の平均利用者数	22		人（事業所全体の利用者数。＊新規の場合は推定数）				
主たる設備	多目的室	● 有 ○ 無					
	医療法の規定により病院に置くべきものとされる設備	● 有 ○ 無					
主な揭示事項	利用料	運営規程に定めるとおり					
	その他費用	運営規程に定めるとおり					
	その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	○ 有 ● 無				
		苦情解決の措置概要	窓口（連絡先）	0467-**-****			
担当者	かながわ四郎						
その他							
※加算等	旧法施設定員数	人		保障単位数（9割保障）	単位		
	福祉専門職配置加算	○ 有 ● 無		保障係収収（稼働時運営安定化事業）	単位		
	処遇改善助成金交付	● 有 ○ 無		キャリアパス区分	該当		

・様式第1号に入力した内容が自動的に反映されます。直接入力できません。

・半角4桁で入力してください。

・番地等の数字を含め全て全角入力。

・管理者が当該事業所や他事業所において兼務する場合、記載してください。

・半角4桁で入力してください。

・番地等の数字を含め全て全角入力。

・添付する勤務表等と合致するように記載してください。

・単位ごとの情報を記載してください。

・事業所全体の定員を記載してください。

（備考）

- 「※」のついた欄には、記載しないでください。
- 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。

注

●療養介護

【記載例】

(単位) 療養介護事業を複数の単位で行う場合の記載事項

※受付番号

単位	(単位:人)		生活支援員		看護職員		看護補助者		専従	兼務	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務			
単位 2	従業者数	常勤									
		非常勤									
	常勤換算後の人数										
	※基準上の必要人数										
	前年度の平均利用者数		人(単位ごとの利用者数。*新規の場合は推定数)								
	単位ごとの利用定員		人(単位ごとの利用定員)								
	※基準上の必要定員									※単位番号	
	※利用定員超過減算		○ 有 ● 無		※職員欠如減算		○ 有 ● 無		※人員配置区分		
単位 3	従業者数	常勤									
		非常勤									
	常勤換算後の人数										
	※基準上の必要人数										
	前年度の平均利用者数		人(単位ごとの利用者数。*新規の場合は推定数)								
	単位ごとの利用定員		人(単位ごとの利用定員)								
	※基準上の必要定員									※単位番号	
	※利用定員超過減算		○ 有 ● 無		※職員欠如減算		○ 有 ● 無		※人員配置区分		
単位 4	従業者数	常勤									
		非常勤									
	常勤換算後の人数										
	※基準上の必要人数										
	前年度の平均利用者数		人(単位ごとの利用者数。*新規の場合は推定数)								
	単位ごとの利用定員		人(単位ごとの利用定員)								
	※基準上の必要定員									※単位番号	
	※利用定員超過減算		○ 有 ● 無		※職員欠如減算		○ 有 ● 無		※人員配置区分		
単位 5	従業者数	常勤									
		非常勤									
	常勤換算後の人数										
	※基準上の必要人数										
	前年度の平均利用者数		人(単位ごとの利用者数。*新規の場合は推定数)								
	単位ごとの利用定員		人(単位ごとの利用定員)								
	※基準上の必要定員									※単位番号	
	※利用定員超過減算		○ 有 ● 無		※職員欠如減算		○ 有 ● 無		※人員配置区分		

・単位を複数設定する場合は、単位2以降の欄に各単位ごとの情報を記載してください。

「※」のついた欄には記載しないでください。

●生活介護

【記載例】

付表3 生活介護事業所の指定に係る記載事項

- \*1 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。  
\*2 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。

事業所		名称		所在地		連絡先		※受付番号		・様式第1号に入力した内容が自動的に反映されます。直接入力できません。	
		かながわ△△生活介護		〒 248-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください		電話番号 0467-**-**** FAX番号 0467-**-****				・半角数字で入力してください。	
管理者		氏名		住所		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)		他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)		・番地等の数字を含め全て全角入力。	
		かながわ かながわ 二郎		〒 248-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください				事業所等の名称 兼務する職種 勤務時間		・管理者が当該事業所や他事業所等において兼務する場合、記載してください。	
管理責任者		氏名		住所						・半角数字で入力してください。	
		よこはま 太郎		〒 248-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください						・番地等の数字を含め全て全角入力。	
・員数(共通)		(単位:人)		専従		兼務		専従		兼務	
		従業者数		1						1	
		常勤									
		非常勤									
		常勤換算後の人数									
		※基準上の必要人数									
単位1		(単位:人)		専従		兼務		専従		兼務	
		従業者数		2						4	
		常勤									
		非常勤		1		1				8	
		常勤換算後の人数		2						6	
		※基準上の必要人数									
		精神保健福祉士		専従		兼務		専従		兼務	
		従業者数									
		常勤									
		非常勤									
		常勤換算後の人数									
		※基準上の必要人数									
		前年度の障害福祉区分の平均数		○ 4未満		● 4以上5未満		○ 5以上			
		前年度の平均利用者数		22		人(単位ごとの利用者数。*新規の場合は推定数)				・記載例のとおりの半角数字『00:00』という形式で入力してください。	
		単位ごとの利用定員		24		人(単位ごとの利用定員)					
		※基準上の必要定員									
		営業日		☑ 月		☑ 火		☑ 水		☑ 木	
		営業時間		平日 09:00 ~ 17:00		土曜 祝日		日曜 ~		備考	
		主たる対象者		身体障害者		☑ 知的障害者		☑ 精神障害者		☑ 聴覚・言語	
		※利用定員超過減算		○ 有		● 無		※職員欠如減算		○ 有	
		生活介護全体の利用定員		24		人(事業所全体の利用者数。*新規の場合は推定数)				・事業所全体の定員を記載してください。	
		前年度の平均利用者数		22		人(事業所全体の利用者数。*新規の場合は推定数)					
主な揭示事項		多機能型実施の有無		○ 有		● 無				・多機能型事業所の場合『有』にチェックしてください。*その場合、併せて付表13の提出が必要になります。	
		利用料		運営規程に定めるとおり							
		その他費用		運営規程に定めるとおり							
		その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		○ 有		● 無			
				苦情解決の措置概要		窓口(連絡先) 0467-**-****		担当者 かわさき三郎			
				その他							
		協力医療機関		名称 △○病院		主 診療科名		内科		外科	
				名称 ×■医院		主 診療科名		精神科		内科	
						主 診療科名					
						主 診療科名					
※加算等		食事提供体制加算		○ 有		● 無		旧施設定員数		人	
		利用日数特例届出有無		○ 有		● 無		保障単位数(9割保障)		単位	
		利用日数特例開始年月1						利用日数特例終了年月1			
		利用日数特例開始年月2						利用日数特例終了年月2			
		利用日数特例開始年月3						利用日数特例終了年月3			
		利用日数特例開始年月4						利用日数特例終了年月4			
		リハビリテーション加算		○ 有		● 無		福祉専門職配置加算		○ 有	
		人員配置体制加算		○ 有		● 無					
		処遇改善助成金交付		● 有		○ 無		処遇改善助成金		該当	
		保障単位数(移行時運営安定化事業)						キャリアパス区分			
								主たるサービス種類			

- (備考)
- 「※」のついた欄には、記載しないでください。
  - 「看護職員」とは保健師、看護師、准看護師のことを言います。
  - 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。
  - 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
  - 「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。
  - 「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。



●生活介護

【記載例】

（単位） 生活介護事業を複数の単位で行う場合の記載事項

※受付番号

単位 2	(単位：人)		看護職員		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員		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
	従業者数	常勤										
		非常勤										
	常勤換算後の人数											
	※基準上の必要人数											
	(単位：人)		精神保健福祉士									
	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										
		非常勤										
	常勤換算後の人数											
	※基準上の必要人数											
	前年度の障害程度区分の平均値		◎ 4未満 ○ 4以上5未満 ○ 5以上									
	前年度の平均利用者数		人（単位ごとの利用者数。＊新規の場合は推定数）									
	単位ごとの利用定員		人（単位ごとの利用定員）									
※基準上の必要定員		人 ※単位番号										
営業日		□ 月 □ 火 □ 水 □ 木 □ 金 □ 土 □ 日										
営業時間		平日 日曜 土曜 祝日 備考										
主たる対象者		身体障害者 □ 細かなし □ 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 □										
※利用定員超過減算		○ 有 ◎ 無 ※職員欠如減算 ○ 有 ◎ 無 ※人員配置区分										
単位 3	(単位：人)		看護職員		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員		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
	従業者数	常勤										
		非常勤										
	常勤換算後の人数											
	※基準上の必要人数											
	(単位：人)		精神保健福祉士									
	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										
		非常勤										
	常勤換算後の人数											
	※基準上の必要人数											
	前年度の障害程度区分の平均値		◎ 4未満 ○ 4以上5未満 ○ 5以上									
	前年度の平均利用者数		人（単位ごとの利用者数。＊新規の場合は推定数）									
	単位ごとの利用定員		人（単位ごとの利用定員）									
※基準上の必要定員		人 ※単位番号										
営業日		□ 月 □ 火 □ 水 □ 木 □ 金 □ 土 □ 日										
営業時間		平日 日曜 土曜 祝日 備考										
主たる対象者		身体障害者 □ 細かなし □ 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 □										
※利用定員超過減算		○ 有 ◎ 無 ※職員欠如減算 ○ 有 ◎ 無 ※人員配置区分										
単位 4	(単位：人)		看護職員		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員		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
	従業者数	常勤										
		非常勤										
	常勤換算後の人数											
	※基準上の必要人数											
	(単位：人)		精神保健福祉士									
	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										
		非常勤										
	常勤換算後の人数											
	※基準上の必要人数											
	前年度の障害程度区分の平均値		◎ 4未満 ○ 4以上5未満 ○ 5以上									
	前年度の平均利用者数		人（単位ごとの利用者数。＊新規の場合は推定数）									
	単位ごとの利用定員		人（単位ごとの利用定員）									
※基準上の必要定員		人 ※単位番号										
営業日		□ 月 □ 火 □ 水 □ 木 □ 金 □ 土 □ 日										
営業時間		平日 日曜 土曜 祝日 備考										
主たる対象者		身体障害者 □ 細かなし □ 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 □										
※利用定員超過減算		○ 有 ◎ 無 ※職員欠如減算 ○ 有 ◎ 無 ※人員配置区分										

・単位を複数設定する場合は、単位2以降の欄に各単位ごとの情報を記載してください。

「※」のついた欄には記載しないでください。

## 【記載例】

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

・従たる事業所を設ける場合は従たる事業所の情報を入力してください。

事業所	名称										
	所在地	〒 <input type="text"/> ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください									
	連絡先	電話番号					FAX番号				
従業者の職種・員数	(単位：人)	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
	従業者数	常勤									
		非常勤									
	常勤換算後の人数										
	※基準上の必要人数										
	(単位：人)	機能訓練指導員		生活支援員		精神保健福祉士					
		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									
		非常勤									
常勤換算後の人数											
※基準上の必要人数											
従たる事業所の利用定員		人									

(備考)

1. 「※」のついた欄には、記載しないでください。
2. 「看護職員」とは保健師、看護師、准看護師のことを言います。
3. 「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。

注

●短期入所

【記載例】

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	名称	かながわ△△相談支援									
	所在地	〒 248-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください 神奈川県鎌倉市●●町▲▲-▲▲									
	連絡先	電話番号 0467-**-****	FAX番号 0467-**-****								
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											
管理者	氏名	かながわ 三郎									
	住所	〒 248-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください 神奈川県鎌倉市○町1 2 3 - 4 5 6									
	当該短期入所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 かながわ△△支援施設 兼務する職種 管理者 勤務時間 4時間/日									
事業所の種別		<input type="checkbox"/> 併設型 <input checked="" type="checkbox"/> 空床型 <input type="checkbox"/> 単独型									
併設型・単独型の場合		利用定員(人) 人 前年度の平均入所者数(人) 人									
併設(本体)施設		名称 かながわ△△支援施設 施設種別等 障害者支援施設									
単独事業所の居室		入所者の定員 40 人 1室の最大定員 人 入所者1人あたりの最小床面積 ㎡									
従業者の職種・員数	サービス管理責任者		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	専従 兼務	専従 兼務	専従 兼務
	常勤 1										
	非常勤										
	常勤換算後の人数			0.8			0.8				
	※基準上の必要人数										
	職能判定員		合計		理学療法士等		あんまマッサージ指圧師		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	専従 兼務	専従 兼務	
	常勤										
	非常勤										
常勤換算後の人数					0.2				8		
※基準上の必要人数											
職業訓練員		就労支援員		介護職員		児童指導員		保育士		精神保健福祉士	
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	専従 兼務	専従 兼務	専従 兼務	
常勤											
非常勤											
常勤換算後の人数											
※基準上の必要人数											
主な揭示事項	主たる対象者		<input type="checkbox"/> 特定なし <input type="checkbox"/> 身体障害者 <input checked="" type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 障害児 <input type="checkbox"/> 精神障害者								
	利用料		運営規程に定めるとおり								
	その他費用		運営規程に定めるとおり								
	その他参考となる事項		第三者評価の実施状況 ○ 有 ● 無 窓口(連絡先) 0467-**-**** 担当者 よこはま太郎								
	協力医療機関		名称 △○病院 主 診療科名 内科 精神科 外科 歯科 名称 ×■医院 主 診療科名 内科 名称 主 診療科名								
	※加算等		利用定員超過減算 ○ 有 ● 無 職員欠如減算 ○ 有 ● 無 食事提供体制加算 ○ 有 ● 無 医療型 <input type="checkbox"/> 単独型加算 ○ 有 ● 無 栄養士配置加算 ○ 常勤管理栄養士 ○ 常勤栄養士 ○ その他栄養士 ● 無 処遇改善助成金交付 ● 有 ○ 無 処遇改善助成金 キャリアパス区分 該当 主たるサービス種類 (併設型・空床型のみ)								

・様式第1号に入力した内容が自動的に反映されます。直接入力はできません。

・半角数字で入力してください。

・半角カタカナで入力してください。

・管理者が当該事業所や他事業所等において兼務する場合は、記載してください。

・短期入所の種別「併設型」「空床型」「単独型」の区分について記載(チェック)してください。

・本体施設の人員配置に応じて、記載してください。

〈備考〉

1. 「※」のついた欄には、記載しないでください。
2. 新設の場合には、「前年度の平均入所者数」欄は推定数を記入してください。
3. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
4. 「従業者の職種・員数」欄には、併設型の場合に本体施設の職員配置を記載して下さい。
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載してください。

# 【記載例】

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	かながわ△△事業所				
	名称	かながわ△△事業所				
	所在地	〒 248-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください 神奈川県鎌倉市●●町▲▲-▲▲				
連絡先	電話番号	0467-**-****	FAX番号 0467-**-****			
当該事業の実施について定めである定款・寄付行為等又は案別等 定款第○条第○項						
管理者	フリガナ	かながわ△△				
	氏名	かながわ 二郎				
	住所	〒 248-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください 神奈川県鎌倉市○町123-456				
	サービス提供責任者との兼務の有無 ○ 有 ● 無					
	当該重度障害者等包括支援事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）					
サービス提供責任者	フリガナ	ヨコハマ太郎				
	氏名	よこはま太郎				
	住所	〒 232-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください 神奈川県横浜市南区△△町123-4-567				
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		
		居宅介護	かながわ△△ホームヘルプ	141*****		
		重度訪問介護	かながわ△△ホームヘルプ	141*****		
		行動援護	かながわ△△ホームヘルプ	141*****		
		短期入所	かながわ△△短期入所	141*****		
	委託による提携事業所	種類	事業所名	事業所番号		
		生活介護	よこはま■○生活介護	141*****		
協力医療機関	名称	△○病院	主な診療科名	内科 精神科	外科	歯科
	名称	×■医院	主な診療科名	内科		
	名称		主な診療科名			
利用者からの連絡対応体制の概要		利用者との電話等により、24時間連絡が取れる体制を整備している。				
主な提示事項	主たる対象者	身体障害者	<input checked="" type="checkbox"/>	障害児	<input checked="" type="checkbox"/>	
		知的障害者	<input checked="" type="checkbox"/>	精神障害者	<input checked="" type="checkbox"/>	
	利用者数	10人				
	利用料	運営規程に定めるとおり				
	その他費用	運営規程に定めるとおり				
	通常の事業の実施地域	鎌倉市	横浜市金沢区			
	その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	○ 有 ● 無			
		苦情解決の措置概要	窓口（連絡先）	0467-**-****		
		担当者	よこはま太郎			
※加算	類型	<input type="checkbox"/> Ⅰ類型 <input type="checkbox"/> Ⅱ類型 <input type="checkbox"/> Ⅲ類型				
	処遇改善助成金交付	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
		キャリアパス区分	該当			

（備考）

- 「※」のついた欄には、記載しないでください。
- 「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。
- 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、指定第2
- 「主な提示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 「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。
- 「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。
- 「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。

【記載例】

付表 7 共同生活介護事業所（ケアホーム）・共同生活援助事業所（グループホーム）の指定に係る記載事項

その 1

※申請する事業		共同生活介護		※受付番号				
主たる事業所	フリガナ	かながわ△△ホーム						
	名称	かながわ△△ホーム						
	所在地	〒 248-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください 神奈川県鎌倉市●●町▲▲-▲▲						
	連絡先	電話番号	0467-**-****		FAX番号	0467-**-****		
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								
管理者	フリガナ	かながわ△△						
	氏名	かながわ 二郎						
	住所	〒 248-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください 神奈川県鎌倉市○○町123-456						
	他の事業所、施設又は医療機関の従業者との兼務（兼務の場合記入）	事業所等の名称		かながわ△△支援施設				
		兼務する職種		管理者				
		勤務時間		4時間/日				
利用定員		20		人（事業所全体の利用者数。）				
前年度の平均利用者数		19		人（事業所全体の利用者数。＊新規の場合は推定数）				
管理責任者	フリガナ	ヨコハマ太郎						
	氏名	よこはま太郎						
	住所	〒 248-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください 神奈川県横浜市内南区△△町123-4567						
	従業者の職数	（単位：人）		世話人		生活支援員		サービス管理責任者
	従業員数	常勤	1	2	専従	兼務	専従	兼務
	非常勤		2		4		1	
	常勤換算後の人数	4		3.6		1		
	※基準上の必要人数							
地域移行型ホームの場合	同一敷地内にある入所施設又は病院	名称						
	所在地							
共同生活介護の場合	居宅介護従業者の外部委託の予定	○ 有 ● 無		「有」の場合		月	時間	
障害者支援施設等との連携体制等	連携施設	名称		かながわ△△支援施設				
	所在地	神奈川県鎌倉市△△町1-234-567						
その他参考となる事項	支援体制の概要		夜間、緊急時のバックアップ					
	第三者評価の実施状況		○ 有 ● 無					
	苦情解決の措置概要		窓口（連絡先）		0467-**-****			
			担当者		よこはま太郎			
協力医療機関	名称	△△病院		主な診療科名	内科		外科	歯科
	名称	××医院		主な診療科名	内科			
	名称			主な診療科名				
	協力歯科医療機関	名称						
経過的居宅介護利用型の場合		平成18年9月30日において、居宅介護（身体介護・家事援助・日常生活支援）を利用している利用者数		人	○該当 ●非該当			
※加算等	職員欠如減算	○ 有 ● 無		人員配置区分				
	自立生活支援加算	○ 有 ● 無		保障単位（9割保障）		単位		
	旧施設定員数	人						
	福祉専門職配置加算	○ 有 ● 無		地域生活移行個別支援特別加算		● 有 ○ 無		
	処遇改善助成金交付	● 有 ○ 無		処遇改善助成金		該当		
	保障単位数（移行時運営安定化）	単位						

＊主たる事業所とは、複数の共同生活介護事業所がある場合、当該事業所からいずれの共同生活介護事業所に対しても、概ね9割程度で移動可能な範囲にある事業所をいう。

「※」のついた欄には記載しないでください。

共同生活住居 1	フリガナ	ダイニカガワマルサカホーム		※単位番号			
	名称	第1かながわ△△ホーム					
	所在地	〒 248-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください 神奈川県鎌倉市△△町123-4-56					
	連絡先	電話番号	0467-**-****	FAX番号	0467-**-****		
	建物の形態	既存建物					
	①住居区分	○一戸建て ●アパート ○マンション ○その他 その他の場合					
	②建物所有者名	かまくら△△男					
	③賃貸借契約の内容	敷金	0 円	礼金	0 円	家賃(月額)	200000 円
		契約期間	10 年	賃借料がない理由			
	④住居の利用定員	8 人					
	⑤居室数	7 室 (うち個室) 7 室					
	⑥入居者1人あたりの居室の最小床面積	15.8 m <sup>2</sup>					
	主たる対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 精神障害者 <input type="checkbox"/> 身体障害者					
	利用料	運営規程に定めるとおり					
その他費用	運営規程に定めるとおり						
※加重等	重度障害者支援加算	○有 ●無					
	CH夜間大規模加算	▼ 人					
	大規模住居減算	○21人以上 ○8人以上 ●無					
共同生活住居 2	フリガナ	ダイニカガワマルサカホーム		※単位番号			
	名称	第2かながわ□□ホーム					
	所在地	〒 248-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください 神奈川県鎌倉市□□町123-567					
	連絡先	電話番号	0467-**-****	FAX番号	0467-**-****		
	建物の形態	既存建物					
	①住居区分	●一戸建て ○アパート ○マンション ○その他 その他の場合					
	②建物所有者名	かまくら□□子					
	③賃貸借契約の内容	敷金	0 円	礼金	0 円	家賃(月額)	230000 円
		契約期間	15 年	賃借料がない理由			
	④住居の利用定員	7 人					
	⑤居室数	9 室 (うち個室) 9 室					
	⑥入居者1人あたりの居室の最小床面積	16 m <sup>2</sup>					
	主たる対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 知的障害者 <input checked="" type="checkbox"/> 精神障害者 <input type="checkbox"/> 身体障害者					
	利用料	運営規程に定めるとおり					
その他費用	運営規程に定めるとおり						
※加重等	重度障害者支援加算	○有 ●無					
	CH夜間大規模加算	▼ 人					
	大規模住居減算	○21人以上 ○8人以上 ●無					
共同生活住居 3	フリガナ	ダイニカガワマルサカホーム		※単位番号			
	名称	第3かながわ□□ホーム					
	所在地	〒 248-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください 神奈川県鎌倉市□□町1-23-456					
	連絡先	電話番号	0467-**-****	FAX番号	0467-**-****		
	建物の形態	新築物件					
	①住居区分	●一戸建て ○アパート ○マンション ○その他 その他の場合					
	②建物所有者名	かまくら□□男					
	③賃貸借契約の内容	敷金	0 円	礼金	0 円	家賃(月額)	180000 円
		契約期間	20 年	賃借料がない理由			
	④住居の利用定員	7 人					
	⑤居室数	8 室 (うち個室) 8 室					
	⑥入居者1人あたりの居室の最小床面積	16 m <sup>2</sup>					
	主たる対象者	<input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 精神障害者 <input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者					
	利用料	運営規程に定めるとおり					
その他費用	運営規程に定めるとおり						
※加重等	重度障害者支援加算	○有 ●無					
	CH夜間大規模加算	▼ 人					
	大規模住居減算	○21人以上 ○8人以上 ●無					

・共同生活住居名称に英数字を使用する場合は全角入力。

・番地等の数字を含め全て全角入力。

・小数点第1位まで記載してください(小数点第2位以下切捨て)。

・各共同生活住居ごとの情報を記載してください。

「※」のついた欄には記載しないで下さい。



●施設入所支援

【記載例】

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	かかわり支援施設								
	名称	かながわ△△支援施設								
	所在地	〒 248-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください 神奈川県鎌倉市●●町▲▲-▲								
管理者	連絡先	電話番号	0467-**-**** FAX番号 0467-**-****							
	フリガナ	かかわり								
	氏名	かながわ 二郎								
	住所	〒 248-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください 神奈川県鎌倉市○○町123-456								
	昼間実施サービスの定員									
合計		介護給付対象者	訓練等給付対象者							
50 人		30 人	20 人							
		特定旧法受給者	定員緩和措置の有無							
		人	○ 有 ● 無							
施設入所支援の定員		50 人								
他の社会福祉施設との併設の有無		○ 有 ● 無	併設施設の種別 併設施設の定員 人							
従業者の職種・員数	(単位：人)	サービス管理責任者	合計	看護職員						
		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	1	1	1	1	1			
		非常勤		1	2	2				
		常勤換算後の人数		2	2					
	※基準上の必要人数									
		(単位：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	2	1	1	7	4	7	4
	非常勤					4	3	4	3	
	常勤換算後の人数	1	0.5	0.5	12	12				
		※基準上の必要人数								
		(単位：人)	職業指導員				就労支援員			
			合計	右記以外	兼教官	就労支援員	栄養士			
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					1					
非常勤										
常勤換算後の人数				1						
	※基準上の必要人数									
	主たる対象者	身体障害者	<input type="checkbox"/> 細分なし	<input type="checkbox"/> 肢体不自由	<input type="checkbox"/> 視覚障害	<input type="checkbox"/> 聴覚・言語	<input type="checkbox"/> 内部障害			
		知的障害者	<input checked="" type="checkbox"/>							
		精神障害者	<input type="checkbox"/>							
第三者評価の実施状況		○ 有 ● 無								
苦情解決の措置概要		窓口(連絡先) 0467-**-**** 担当者 かわさき三郎								
主な揭示事項	その他									
	協力医療機関	名称	△○病院	主 診療科名	内科	外科	歯科			
	名称	×□医院	主 診療科名	精神科						
	名称		主 診療科名	内科						
	協力歯科医療機関	名称		主 診療科名						
※旧法施設定員数		人								

・様式第1号に入力した内容が自動的に反映されます。直接入力できません。

・半角数字で入力してください。

・半角カタカナで入力してください。

・昼間実施サービスを含めた、障害者支援施設全体としての情報を記載してください。

(備考)

1. 「※」のついた欄には、記載しないでください。
2. 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。
3. 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。
4. 「定員緩和措置の有無」欄は、最低基準省令第百七十七号第九条第二項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。
5. 「従業員の職種・員数」欄には、職種ごとに、昼間実施サービスの従事者の合計数を記載してください。
6. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。



【記載例】

付表 8 その2 昼間実施サービスに係る記載事項

		※受付番号						
施設	フリガナ 名称	かながわ△△支援施設						
	所在地	〒 248-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください 神奈川県鎌倉市●●町▲▲-▲▲						
	連絡先	電話番号 0467-**-****	FAX番号 0467-**-****					
管理者	フリガナ 氏名	かながわ 二郎						
	住所	〒 248-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください 神奈川県鎌倉市○○町123-456						
昼間実施サービスの種類		<div>生活介護</div> <div>自立訓練 (機能) (生活)</div> <div>就労移行支援 (通常) (資格)</div> <div>就労継続支援 (A型) (B型)</div>						
実施するサービス		<div>単位の有無</div> <div>○ 有 ● 無</div> <div>□ □ □ □ □ □</div>						
前年度の平均利用者数		<div>人 80 人 人 20 人 人 人 人 人</div>						
昼間多機能の有無		<div>○ 有 ● 無</div> <div>昼間の総定員数 50 人</div>						
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 定款第○条第○項								
※生活介護を行う場合のみ記入 施設が申告する障害程度区分の平均値								
主な 揭示 事項	前年度の平均 実利用者数	<div>サービス単位1 ○ 該当なし ○ 4未満 ● 4以上5未満 ○ 5以上</div> <div>サービス単位2 ● 該当なし ○ 4未満 ○ 4以上5未満 ○ 5以上</div> <div>サービス単位3 ● 該当なし ○ 4未満 ○ 4以上5未満 ○ 5以上</div> <div>サービス単位4 ● 該当なし ○ 4未満 ○ 4以上5未満 ○ 5以上</div>						
	利用料	運営規程に定めるとおり						
	その他費用	運営規程に定めるとおり						
	通常の事業 の実施地域	<div>鎌倉市 横浜市栄区</div>						
	その他							
施設障害福祉サービスの種類		生活介護 ※単位番号						
単位 1	サービス 管理責任者	医師	看護職員	理学療法士等		就労支援員		
	(単位：人)	専従 兼務	専従 兼務	専従 兼務	合計	〇 T・P T	機能訓練指導員	専従 兼務
	従業者数	1		1	2	2		
	非常勤		1	2		2		
	常勤換算後の人数			2	1	1		
	※基準上の必要人数							
	職業指導員	生活支援員		栄養士				
	(単位：人)	合計	右記以外	兼教官	合計	通所	訪問	専従 兼務
	従業者数				4 2	4 2		
	非常勤				2 2	2 2		
常勤換算後の人数				6.5	6.5			
※基準上の必要人数								
その他の従業者								
(単位：人)	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								
非常勤								
常勤換算後の人数								
※基準上の必要人数								
前年度の平均利用者数	30 人(単位ごとの利用者数。*新規の場合は推定数)							
単位ごとの利用定員	30 人(単位ごとの利用定員)							
※基準上の必要定員	人							
営業日	<input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input checked="" type="checkbox"/> 木 <input checked="" type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日							
営業時間	<div>平日 09:00 ~ 16:00 土曜 ~ 備考</div> <div>日曜 ~ 祝日 ~</div>							
主たる対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 細かなし <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚・言語 <input type="checkbox"/> 内部障害							
<input type="checkbox"/> 特定なし	<input type="checkbox"/> 知的障害者 <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 精神障害者 <input type="checkbox"/>							

・様式第1号、付表8その1から転記されます。直接入力はできません。

・当該施設に係る昼間実施サービスについて記載してください。

・昼間実施サー  
ビスとして、生  
活介護を実施す  
る場合記載して  
ください。

・実施する昼間実施サービス毎(各単位毎)に記載してください。

・記載例のとお  
り、半角  
『00:00』と  
いう形式で  
入力してく  
ださい。

(備考)

1. 「※」の付いた欄には、記載しないでください。

2. 「昼間実施サービスの種類」欄は、当該申請サービスについて、該当欄にチェックしてください。

3. 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。

4. 「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ドス内容について記載してください。

5. 「通常の事業の実施地域」については、市区町村の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道官地図を添付してください。

●施設入所支援

【記載例】

付表 8 その2 昼間実施サービスに係る記載事項（単位）

施設障害福祉サービスの種類		自立訓練（生活訓練）										※単位番号	
単位 2	サービス 管理責任者	医師		看護職員		理学療法士等				就労支援員			
		合計		合計		O T ・ P T		機能訓練指導員					
	(単位：人)	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	1										
	従業者数	非常勤											
	常勤換算後の人数												
	※基準上の必要人数												
	職業指導員	生活支援員		栄養士									
		合計	右記以外	兼教官	合計	通所	訪問	専従	兼務				
	(単位：人)	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				3	2	3	2				
	従業者数	非常勤				2	1	2	1				
	常勤換算後の人数					5.5		5.5					
	※基準上の必要人数												
	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	
従業者数	常勤												
従業者数	非常勤												
常勤換算後の人数													
※基準上の必要人数													
前年度の平均利用者数	20 人（単位ごとの利用者数。＊新規の場合は推定数）												
単位ごとの利用定員	20 人（単位ごとの利用定員）												
※基準上の必要定員	人												
営業日	<input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input checked="" type="checkbox"/> 木 <input checked="" type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日												
営業時間	平日	09:00		～	16:00		土曜			～	備考		
	日曜			～			祝日			～			
主たる対象者	身体障害者		<input type="checkbox"/> 細分なし		<input type="checkbox"/> 肢体不自由		<input type="checkbox"/> 視覚障害		<input type="checkbox"/> 聴覚・言語		<input type="checkbox"/> 内部障害		
	<input type="checkbox"/> 特定なし		知的障害者		<input checked="" type="checkbox"/>		精神障害者		<input type="checkbox"/>				

施設障害福祉サービスの種類		自立訓練（生活訓練）										※単位番号	
単位 3	サービス 管理責任者	医師		看護職員		理学療法士等				就労支援員			
		合計		合計		O T ・ P T		機能訓練指導員					
	(単位：人)	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											
	従業者数	非常勤											
	常勤換算後の人数												
	※基準上の必要人数												
	職業指導員	生活支援員		栄養士									
		合計	右記以外	兼教官	合計	通所	訪問	専従	兼務				
	(単位：人)	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											
	従業者数	非常勤											
	常勤換算後の人数												
	※基準上の必要人数												
	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	
従業者数	常勤												
従業者数	非常勤												
常勤換算後の人数													
※基準上の必要人数													
前年度の平均利用者数	人（単位ごとの利用者数。＊新規の場合は推定数）												
単位ごとの利用定員	人（単位ごとの利用定員）												
※基準上の必要定員	人												
営業日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日												
営業時間	平日			～			土曜			～	備考		
	日曜			～			祝日			～			
主たる対象者	身体障害者		<input type="checkbox"/> 細分なし		<input type="checkbox"/> 肢体不自由		<input type="checkbox"/> 視覚障害		<input type="checkbox"/> 聴覚・言語		<input type="checkbox"/> 内部障害		
	<input type="checkbox"/> 特定なし		知的障害者		<input type="checkbox"/>		精神障害者		<input type="checkbox"/>				

・実施する昼間実施サービス毎（各単位毎）に記載してください。

「※」のついた欄には記載しないでください。

●施設入所支援

付表8 その3 施設入所支援に係る記載事項

【記載例】

		※受付番号		
施設	名称	かながわ△△支援施設		
	所在地	〒 248-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください 神奈川県鎌倉市●●町▲▲-▲▲		
	連絡先	電話番号 0467-**-**** FAX番号 0467-**-****		
管理者	氏名	かながわ 氏 名 二 郎		
	住所	〒 248-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください 神奈川県鎌倉市○○町123-456		
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		定款第○条第○項		
施設入所支援	前年度の平均実利用者数	サービス単位1	50 人	
		サービス単位2	人	
		サービス単位3	人	
設備	居室	1室の最大定員	4 人 ※基準上の必要値	
		入所者1人あたりの最小床面積	18 m <sup>2</sup> m <sup>2</sup> 以下	
		廊下の幅	2.3 m m	
廊下	中廊下の幅	3 m m	○有 ●無	
	施設名	かながわ△△支援施設		
	施設種別	知的障害者入所更生施設		
旧法施設からの移行の場合	経過措置の有無	○有 ●無 特定旧法受給者数 人		
	※栄養士配置加算	○常勤管理栄養士 ○常勤栄養士 ○その他栄養士 ●無		
	※保障単位数(9割保障)	単位 ※夜間看護体制加算 ○有 ●無		
※地域生活移行個別支援特別加算		○有 ●無 ※小規模定員加算 ○有 ●無		
※夜勤職員配置体制加算		○有 ●無		
※処遇改善助成金交付		●有 ○無 ※処遇改善助成金 キャリアパス区分 該当		
※保障単位数(移行時運営安定化事業)		単位		
施設障害福祉サービスの種類		施設入所支援 ※単位番号		
単位1	(単位:人)	サービス管理責任者	生活支援員	
		専従 兼務	専従 兼務	
	従業者数	常勤	1	2
		非常勤		4
	常勤換算後の人数			
	※基準上の必要人数			
	単位ごとの利用定員	※基準上の必要定員 人		
	主たる対象者	身体障害者	知的障害者	
	□特定なし	知的障害者	精神障害者	
	※利用定員超過減算	○有 ●無	※職員欠如減算 ○有 ●無	
※重度障害者支援加算II	○有 ●無	○有 ●無		
施設障害福祉サービスの種類		※単位番号		
単位2	(単位:人)	サービス管理責任者	生活支援員	
		専従 兼務	専従 兼務	
	従業者数	常勤		
		非常勤		
	常勤換算後の人数			
	※基準上の必要人数			
	単位ごとの利用定員	※基準上の必要定員 人		
	主たる対象者	身体障害者	知的障害者	
	□特定なし	知的障害者	精神障害者	
	※利用定員超過減算	○有 ●無	※職員欠如減算 ○有 ●無	
※重度障害者支援加算II	○有 ●無	○有 ●無		
施設障害福祉サービスの種類		※単位番号		
単位3	(単位:人)	サービス管理責任者	生活支援員	
		専従 兼務	専従 兼務	
	従業者数	常勤		
		非常勤		
	常勤換算後の人数			
	※基準上の必要人数			
	単位ごとの利用定員	※基準上の必要定員 人		
	主たる対象者	身体障害者	知的障害者	
	□特定なし	知的障害者	精神障害者	
	※利用定員超過減算	○有 ●無	※職員欠如減算 ○有 ●無	
※重度障害者支援加算II	○有 ●無	○有 ●無		

・様式第1号、付表8その1から転記されます。

・旧法施設から移行する場合、記載してください。

・施設入所支援について複数単位を設定する場合は、各単位毎に記載してください。

- (備考)
1. 「※」のついた欄には、記載しないでください。
  2. 当該施設が実施する施設入所支援のサービス単位ごとに、従事する職員数を記載してください。
  3. 「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。
  4. 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」にチェックしてください。

●自立訓練（機能訓練）

【記載例】

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 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。  
\*2 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

事業所	名称	かながわ△△機能訓練										
	所在地	〒248-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください 神奈川県鎌倉市●●町▲▲-▲▲										
	連絡先	電話番号 0467-**-****	FAX番号 0467-**-****									
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 定款第○条第○項												
管理者	氏名	かながわ△△										
	住所	〒248-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください 神奈川県鎌倉市○町123-456										
	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）											
	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 かながわ■△生活介護 兼務する職種 管理者 勤務時間 4時間/日											
訪問事業実施の有無 ○ 有 ● 無												
サービス責任者	氏名	よこはま太郎										
	住所	〒232-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください 神奈川県横浜市中区△△町123-4567										
従業者の職種・員数	(単位:人)	サービス管理責任者		看護職員		理学療法士等				歩行訓練士		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
		1		1		1		1				
		1		1.5		0.5		0.5				
	(単位:人)	生活支援員		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	
		2	3									
		4.5										
	機能訓練全体の利用定員		24人									
	前年度の平均利用者数		23人（※新規の場合は、推定数）									
主な提示事項	営業日	☑月...☑火...☑水...☑木...☑金...☐土...☐日...										
	営業時間	平日 09:00 ~ 17:00 土曜 祝日 ~ 備考										
	主たる対象者	身体障害者 ☑細分なし ☐肢体不自由 ☐視覚障害 ☐聴覚・言語 ☐内部障害										
	多機能型実施の有無	☐有 ☑無										
	利用定員	24人 ※基準上の必要定員										
	利用料	運営規程に定めるとおり										
	その他費用	運営規程に定めるとおり										
	その他参考となる事項	第三者評価の実施状況 ○ 有 ● 無										
		苦情解決の措置概要		窓口（連絡先） 0467-**-**** 担当者 かわさき三郎								
		その他										
協力医療機関	名称	△○病院		主な診療科名	内科 精神科		外科	歯科				
	名称	×■医院		主な診療科名	内科							
※加算等	利用定員超過減算		○ 有 ● 無		職員欠如減算		○ 有 ● 無					
	機関連用期間超過減算		○ 有 ● 無		旧法施設定員数		人					
	食事提供体制加算		○ 有 ● 無		保障単位数（②割保障）		単位					
	利用日数特別開始年月1				利用日数特別終了年月1							
	利用日数特別開始年月2				利用日数特別終了年月2							
	利用日数特別開始年月3				利用日数特別終了年月3							
	利用日数特別開始年月4				利用日数特別終了年月4							
	リハビリテーション加算		○ 有 ● 無		福祉専門職配置加算		○ 有 ● 無					
	処遇改善助成金交付		● 有 ○ 無		処遇改善助成金		該当					
	主たるサービス種類				キャリアパス区分		単位					

・様式第1号に入力した内容が自動的に反映されます。直接入力できません。

・半角数字で入力してください。

・半角数字で入力してください。

・全角数字で入力してください。

・管理者が当該事業所や他事業所等において兼務する場合、記載してください。

・添付する勤務表等と合致するように記載してください。

・事業所全体の定員を記載してください。

・記載例のとおり半角数字『00:00』という形式で入力してください。

・多機能型事業所の場合『有』にチェックしてください。  
\*その場合、併せて付表13の提出が必要になります。

（備考）

- 「※」のついた欄には、記載しないでください。
- 「看護職員」とは保健師、看護師、准看護師のことを言います。
- 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。
- 「主な提示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 「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。
- 「兼務」欄には、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下さい。

注

●自立訓練（機能訓練）

【記載例】

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12を併せて提出してください。

※受付番号

・従たる事業所を設ける場合は従たる事業所の情報を入力してください。

事業所	フリガナ 名 称											
	所在地		〒	←郵便番号を半角数字7桁で入力してください								
	連絡先		電話番号		FAX番号							
従業者の職種・員数	(単位：人)		サービス管理責任者		看護職員		理学療法士等				歩行訓練士	
							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
	従業者数		常勤									
			非常勤									
	常勤換算後の人数											
	※基準上の必要人数											
	(単位：人)		生活支援員				その他の従業者					
			通所		訪問							
			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										
		非常勤										
常勤換算後の人数												
※基準上の必要人数												
従たる事業所の利用定員			人									

(備考)

1. 「※」のついた欄には、記載しないでください。
2. 「看護職員」とは保健師、看護師、准看護師のことを言います。

注



●自立訓練（生活訓練）

【記載例】

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 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。  
\* 2 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。

※申請する事業		自立訓練（生活訓練）通所型		※受付番号						
事業所	名称	かながわ△生活訓練								
	所在地	〒 248-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください 神奈川県鎌倉市●●町▲▲-▲▲								
	連絡先	電話番号	0467-**-****	FAX番号	0467-**-****					
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										
定款第○条第○項										
管理者	氏名	かながわ二郎								
	住所	〒 248-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください 神奈川県鎌倉市○町123-456								
	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）									
	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	かながわ■生活介護							
		兼務する職種	管理者							
		勤務時間	4時間/日							
訪問事業実施の有無		○ 有 ● 無								
サービス責任者	氏名	よこはま太郎								
	住所	〒 282-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください 神奈川県横浜市南区△△町123-4567								
従業者の職種・員数	(単位:人)	サービス管理責任者		看護職員		生活支援員				
						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	専従	兼務	
従業者数	常勤	1		1	2	2				
非常勤						3				
常勤換算後の人数			0.5		4					
※基準上の必要人数										
生活訓練全体の利用定員		24人								
前年度の平均利用者数		23人（※新規の場合は、推定数）								
主な揭示事項	営業日	<input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input checked="" type="checkbox"/> 木 <input checked="" type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日								
	営業時間	平日 09:00 ~ 17:00 土曜 祝日 ~ 備考								
	主たる対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 知的障害者 <input checked="" type="checkbox"/> 精神障害者								
	多機能型実施の有無	○ 有 ● 無								
	利用定員	24人		※基準上の必要定員 人						
	利用料	運営規程に定めるとおり								
	その他費用	運営規程に定めるとおり								
	その他参考となる事項	第三者評価の実施状況		○ 有 ● 無						
		苦情解決の措置概要		窓口（連絡先） 0467-**-****						
		その他		担当者 かわさき三郎						
協力医療機関	名称	△○病院		主な診療科名	内科		外科		歯科	
	名称	×■医院		主な診療科名	精神科		内科			
	名称			主な診療科名						
※加算等	短期滞在加算	○ 夜勤体制あり ○ 宿直体制あり ● 無								
	精神障害者通院交通費加算	○ 夜勤体制あり ○ 宿直体制あり ● 無								
				利用定員超過減算	○ 有 ● 無		職員欠如減算	○ 有 ● 無		
	標準利用期間超過減算	○ 有 ● 無		施設・地区等障害者生活支援加算	○ 有 ● 無					
	食事提供体制加算	○ 有 ● 無		旧法施設定員数	人					
	利用日数特別届出有無	○ 有 ● 無		保障単位数（9割保障）	単位					
	利用日数特別開始年月1			利用日数特別終了年月1						
	利用日数特別開始年月2			利用日数特別終了年月2						
	利用日数特別開始年月3			利用日数特別終了年月3						
	利用日数特別開始年月4			利用日数特別終了年月4						
福祉専門職配置加算	○ 有 ● 無									
処遇改善助成金交付	● 有 ○ 無		処遇改善助成金	該当						
主たるサービス種類			キャリアパス区分	単位						

・様式第1号に入力した内容が転機されます。直接入力できません。

・半角数字で入力してください。

・半角がはで入力してください。

・番地等の数字を含め全て全角入力。

・管理者が当該事業所や他事業所等において兼務する場合、記載してください。

・添付する勤務表等と合致するように記載してください。

・事業所全体の定員を記載してください。

・記載例のとおり半角『00:00』の形式で入力してください。

・多機能型事業所の場合『有』にチェックしてください。  
\*その場合、併せて付表13の提出が必要になります。

（備考）

1. 「※」のついた欄には、記載しないください。
2. 「看護職員」とは保健師、看護師、准看護師のことを言います。
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. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
5. 「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。
6. 「兼務」欄には、施設入所支援事業以外の兼務を行う職員について記載して下さい。

注

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

事業所	フリガナ										
	名 称										
	所在地	〒	←郵便番号を半角数字7桁で入力してください								
従業者の職種・員数	連絡先	電話番号				FAX番号					
	(単位：人)	サービス管理責任者		看護職員		生活支援員					
						通所		訪問			
		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									
		非常勤									
	常勤換算後の人数										
※基準上の必要人数											
従たる事業所の利用定員		人									

・従たる事業所を設ける場合は従たる事業所の情報を入力してください。

(備考)

1. 「※」のついた欄には、記載しないでください。

2. 「看護職員」とは保健師、看護師、准看護師のことを言います。

注



●就労移行支援

【記載例】

付表11 就労移行支援事業所の指定に係る記載事項

- \* 1 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。  
\* 2 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。

※申請する事業		就労移行支援(一般型)		※受付番号												
事業所	名称	かながわ〇〇就労移行支援														
	所在地	〒 248-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください 神奈川県鎌倉市●●町▲▲-▲														
	連絡先	電話番号	0467-**-****	FAX番号	0467-**-****											
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																
定款第○条第○項																
管理者	氏名	かながわ三郎														
	住所	〒 248-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください 神奈川県鎌倉市〇〇町123-456														
	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)															
	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	かながわ■△生活介護													
		兼務する職種	管理者													
		勤務時間	4時間/日													
管理責任者	氏名	よこはま太郎														
	住所	〒 232-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください 神奈川県横浜市内南区△△町123-4-567														
従業者の職数	(単位:人)	サービス管理責任者	専従	兼務	専従	兼務	生活支援員	専従	兼務	専従	兼務	就労支援員	専従	兼務	専従	兼務
		従業者数	1			2	2	2	1							
		常勤														
		非常勤														
		常勤換算後の人数				1		3.6		1.6						
※基準上の必要人数																
就労移行支援全体の利用定員		24人														
前年度の平均利用者数		22人(※新規の場合は、推定数)														
主な指示事項	多機能型実施の有無		○有 ●無													
	利用定員		24人(※基準上の必要定員)													
	主たる対象者		身体障害者	□細分なし		□肢体不自由	□視覚障害	□聴覚・言語	□内部障害							
	□特定なし		知的障害者	□		精神障害者	□									
	利用料		運営規程に定めるとおり													
	その他費用		運営規程に定めるとおり													
	その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		○有 ●無											
			苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)	0467-**-****										
					担当者	かわさき三郎										
			その他													
協力医療機関	名称	△〇病院		主な診療科名	内科		外科		歯科							
	名称	×■医院		主な診療科名	精神科		内科									
	名称			主な診療科名												
提携就労支援機関																
就労移行支援体制加算区分																
※加算等	精神障害者通院交通費加算		○夜勤体制あり ○宿直体制あり ●無													
	標準利用期間超過減算		○有 ●無													
	食事提供体制加算		○有 ●無													
	利用日数特例届出有無		○有 ●無													
	利用日数特例開始年月1		利用日数特例終了年月1													
	利用日数特例開始年月2		利用日数特例終了年月2													
	利用日数特例開始年月3		利用日数特例終了年月3													
	利用日数特例開始年月4		利用日数特例終了年月4													
	福祉専門職配置加算		○有 ●無													
	処遇改善助成金交付		●有 ○無													
	主たるサービス種類		就労移行支援(一般型)													
			利用日数超過減算													
			職員欠如減算													
			旧法施設定員数													
			保障単位数(9割保障)													
		就労移行支援体制加算														
		処遇改善助成金														
		キャリアパス区分														
		単位														

・様式第1号に入力した内容が転機されます。直接入力できません。

・半角数字で入力してください。

・半角カタカナで入力してください。

・番地等含め全て全角入力。

・管理者が当該事業所や他事業所等において兼務する場合、記載してください。

・添付する勤務表等と合致するように記載してください。

・事業所全体の定員を記載してください。

・多機能型事業所の場合『有』にチェックしてください。  
\*その場合、併せて付表13の提出が必要になります。

(備考)

1. 「※」のついた欄には、記載しないください。
2. 「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。
3. 「主な指示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
4. 「兼務」欄は、施設入所支援事業以外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。
7. 「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。

●就労移行支援

【記載例】

付表11-2 一体的に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

事業所	フリガナ	かながわ△就労移行支援従たる事業所										
	名称	かながわ△就労移行支援従たる事業所										
	所在地	〒	248-****	←郵便番号を半角数字7桁で入力してください								
		神奈川県鎌倉市××町1234-5										
連絡先	電話番号	0467-**-****				FA×番号	0467-**-****					
従業者の職種・員数	(単位:人)	サービス管理責任者		職業指導員		生活支援員		就労支援員				
		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	1			1	1					
		非常勤							1			
	常勤換算後の人数				0.5		1		0.6			
	※基準上の必要人数											
従たる事業所の利用定員		6		人								

・従たる事業所を設ける場合は従たる事業所の情報を入力してください。

1. 「※」のついた欄には、記載しないでください。

2. 「兼務」欄は、施設入所支援事業以外での兼務を行う職員について記載してください。

注

付表12 就労継続支援事業所の指定に係る記載事項

- \*1 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。  
\*2 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。

※申請する事業		就労継続支援(A型)		※受付番号				
事業所	名称	かながわ△就労継続支援						
	所在地	〒248-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください 神奈川県鎌倉市●町▲▲-▲						
	連絡先	電話番号	0467-**-****		FAX番号	0467-**-****		
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								定款第○条第○項
管理者	氏名	かながわ二郎						
	住所	〒248-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください 神奈川県鎌倉市○町123-456						
	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)							
	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		かながわ△生活介護			
			兼務する職種		管理者			
管理責任者	氏名	よこはま太郎						
	住所	〒242-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください 神奈川県横浜市南区△町123-4-567						
従業者・負数	(単位:人)		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
	1		1	2				
	2	2	1					
	2		2.3					
※基準上の必要人数								
就労継続支援全体の利用定員		24人						
前年度の平均利用者数		22人(*新規の場合は、推定数)						
多機能型実施の有無		○有 ●無						
利用定員		24人		※基準上の必要定員		人		
主たる対象者		身体障害者 <input type="checkbox"/> 細分なし <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚・言語 <input type="checkbox"/> 内部障害						
<input checked="" type="checkbox"/> 特定なし		知的障害者 <input type="checkbox"/> 精神障害者 <input type="checkbox"/>						
利用料		運営規程に定めるとおり						
その他費用		運営規程に定めるとおり						
主な揭示事項		第三者評価の実施状況		○有 ●無				
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先) 0467-**-****				
		担当者		かわさき三郎				
協力医療機関		名称	△○病院	主な診療科名	内科	外科	歯科	
		名称	×■医院	主な診療科名	精神科			
		名称		主な診療科名	内科			
就労移行支援体制加算		○有 ●無						
人員配置区分		○I型(7.5:1) ●II型(10:1)						
目標工賃達成加算		○I ○II ●無		利用定員超過減算		○有 ●無		
食事提供体制加算		○有 ●無		旧法施設定員数		人		
利用日数特別届出有無		○有 ●無		保障単位数(9割保障)		単位		
利用日数特別開始年月1		利用日数特別終了年月1						
利用日数特別開始年月2		利用日数特別終了年月2						
利用日数特別開始年月3		利用日数特別終了年月3						
利用日数特別開始年月4		利用日数特別終了年月4						
就労継続A型事業者減免		減免申し出		○免除 ○減額 ●無		減免額		
		開始年月日		終了年月日		円		
福祉専門職配置加算		○有 ●無		目標工賃達成指導員配置加算		○有 ●無		
重度者支援体制加算		○有 ●無						
処遇改善助成金交付		●有 ○無		処遇改善助成金		該当		
主たるサービス種類				キャリアパス区分		単位		

・様式第1号に入力した内容が転機されます。直接入力できません。

・半角数字で入力してください。

・半角カタカナで入力してください。

・番地等を含め全て全角入力。

・管理者が当該事業所や他事業所において兼務する場合、記載してください。

・添付する勤務表等と合致するように記載してください。

・事業所全体の定員等を記載してください。

・多機能型事業所の場合『有』にチェックしてください。  
\*その場合、併せて付表13の提出が必要となります。

〈備考〉

- 「※」のついた欄には、記載しないでください。
- 「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。
- 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 「兼務」欄は施設入所支援事業以外の兼務を行う職員について記載してください。
- 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。
- 「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

事業所	フリガナ	かながわ△就労継続支援従たる事業所							
	名称	かながわ△就労継続支援従たる事業所							
	所在地	〒 248-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください 神奈川県鎌倉市 ■ 町 1 2 - 4 - 5 - 6 7 8							
従業者の職数	連絡先	電話番号	0467-**-****		FAX番号	0467-**-****			
	(単位:人)	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
	従業者数	常勤	1			1			
		非常勤				1			
	常勤換算後の人数	1		1.5					
	※基準上の必要人数								
従たる事業所の利用定員	8 人								

・従たる事業所を設ける場合は従たる事業所の情報を入力してください。

(備考)

1. 「※」のついた欄には、記載しないでください。
2. 「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。

注

●多機能型 総括表

【記載例】

付表13 その1

指定障害福祉サービス事業所にかか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）

\* 多機能型事業実施時は、各事業の付表とこの付表を併せて提出してください。

※受付番号

実施事業		生活介護	児童デイ	自立訓練		就労移行支援		就労継続支援		
				(機能)	(生活)	(通常)	(資格)	(A型)	(B型)	
単位の有無		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
定員	合計	単位①	10人	10人	人	15人	人	人	20人	
	55人	単位②	人	人						
		単位③	人	人						
		単位④	人	人						
		単位⑤	人	人						
定員緩和措置の有無		<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無								
申請に係る事業所	フリガナ	かながわ△口事業所								
	所在地	〒 250-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください 神奈川県小田原市×○町1-23-456								
	連絡先	電話番号	0485-**-****		FAX番号	0485-**-****				
	サービス種類	児童デイサービス		事業所番号		141****				
多機能型Iの他の事業所	フリガナ	かながわ△口児童デイサービス								
	所在地	〒 250-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください 神奈川県小田原市××町123-4-567								
	連絡先	電話番号	0485-**-****		FAX番号	0485-**-****				
	サービス種類	自立訓練(生活訓練)								
多機能型IIの他の事業所	フリガナ	かながわ△口事業所								
	所在地	〒 250-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください 神奈川県小田原市×○町1-23-456								
	連絡先	電話番号	0485-**-****		FAX番号	0485-**-****				
	サービス種類	就労継続支援B型								
多機能型IIIの他の事業所	フリガナ	かながわ△口就労支援								
	所在地	〒 250-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください 神奈川県小田原市××町123-456-789								
	連絡先	電話番号	0485-**-****		FAX番号	0485-**-****				
	サービス種類									
多機能型IVの他の事業所	フリガナ									
	所在地	〒 ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください								
	連絡先	電話番号			FAX番号					
	サービス種類									
管理者	フリガナ	かながわ太郎								
	住所	〒 250-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください 神奈川県小田原市▲▲町1-23-456								
	他の事業所又は施設の従業員との兼務(兼務の場合記入)	事業所等の名称	かながわ△口就労支援							
		兼務する職種	管理者							
管理責任者	フリガナ	かながわ三郎								
	住所	〒 250-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください 神奈川県小田原市□□町12-34-56								
	※生活介護を行う場合のみ記入	サービス単位1	○ 該当なし	○ 4未満	● 4以上5未満	○ 5以上				
		サービス単位2	● 該当なし	○ 4未満	○ 4以上5未満	○ 5以上				
サービス単位3		● 該当なし	○ 4未満	○ 4以上5未満	○ 5以上					
サービス単位4		● 該当なし	○ 4未満	○ 4以上5未満	○ 5以上					
サービス単位5		● 該当なし	○ 4未満	○ 4以上5未満	○ 5以上					

・多機能型として実施する事業について全て記載してください。

・申請する事業所について記載してください。

・当該申請事業所以外が多機能型としての事業所について記載してください。

・生活介護を行う場合のみ記載してください。

「※」のついた欄には記載しないで下さい。

付表13 その2

※受付番号

従業者の職種・員数															
(単位：人)		サービス 管理責任者		医師		看護職員		生活支援員						就労支援員	
		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	1					2	2	2	2				
		非常勤			1	1			3		3				
	常勤換算後の人数							4.2		4.2					
	※基準上の必要人数														
(単位：人)		理学療法士等						職業指導員						兼教官	
		合計		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員		合計		右記以外			
		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								1		1			
		非常勤			1					1		1			
	常勤換算後の人数				0.5					1.8		1.8			
	※基準上の必要人数														
(単位：人)		その他の従業者													
		指導員		保育士											
		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			2										
		非常勤	1												
	常勤換算後の人数		0.8		2										
	※基準上の必要人数														

・多機能型として実施する全ての従業員の合計値を記載してください。

・上記以外の従業員がある場合は記載してください。

〈備考〉

1. 「※」のついた欄には、記載しないでください。

2. 「定員緩和措置の有無」欄は、指定基準省令第二百四十四条第二項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。

3. 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。

注

## サービス別 事業所指定申請必要書類一覧

	居宅介護 重度訪問	行動援護	同行援護	療養介護	生活介護	短期入所	重度障害者等 包括支援	共同生活介護	自立訓練 (機能訓練)	自立訓練 (生活訓練)	就労移行支援	就労継続支援 A型・B型	共同生活援助	一般相談支援	障害者 支援施設
様式第1号 (申請書)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
別紙	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
口座振込(変更)依頼書	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
各種付表	付表1 1-2	付表1 1-2	付表1 1-2	付表2	付表3 3-2	付表5	付表6	付表7	付表9 9-2	付表10 10-2	付表11 11-2	付表12 12-2	付表7	付表14	付表8 その1～3
多機能型の場合					付表13 13-2				付表13 13-2	付表13 13-2	付表13 13-2	付表13 13-2			
定款、登記簿謄本等	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
運営規程	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
参考様式1 (平面図)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
参考様式2 (面積)				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		○
参考様式3 (設備)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
参考様式4 (経歴書)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
参考様式5 (実務経験)	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○
参考様式6 (苦情解決)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
別紙2 (勤務形態)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
参考様式7 (組織体制)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
参考様式8 (主たる対象者)	○	○	○		○	○		○	○	○	○	○	○	○	○
参考様式9 (誓約書)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
別紙 (役員名簿)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
参考様式10 (協力医療)					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
参考様式11 (支援体制)								○					○		
参考様式12 (障害福祉サービス事業等開始届出書)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
管理者の誓約書	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
資産の状況	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
その他必要なもの	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
介護給付費算定に係る体制等に関する届出書				○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○

●多機能型での申請の場合は、それぞれの事業ごとの必要書類に併せて、付表13を提出して下さい。

●申請書・添付書類の様式等は、インターネットサイト「障害福祉情報サービスかながわ」(<http://www.rakuraku.or.jp/shienhi/>)の「書式ライブラリ」→「7. 事業所指定申請書様式」→「1. 障害福祉サービス事業等」よりダウンロードでき

●介護給付費算定に係る体制等に関する届出書は、「障害福祉情報サービスかながわ」→「書式ライブラリ」→「8. 変更届・体制届等様式」→「2. 体制等に関する届出様式」よりダウンロードできます。



## 添付書類、参考様式の種類と記載時の留意事項・説明 (201008)

◇申請書・添付書類の様式等は、インターネットサイト「障害福祉情報サービスかながわ」 (<http://www.rakuraku.or.jp/shienhi/>) の「書式ライブラリ」よりダウンロードできます。  
 ◇必ず最新版のものをダウンロードして使用してください。

様式名等		記載時の留意事項・説明
様式第1号	指定申請書	各サービスともに申請書は同形式です。紙とともに、データを入れたCD等（MO、USBメモリ不可）も提出してください。データは必ずウイルスチェックを行い、ウイルスの感染防止にご協力ください。
別紙	他の法律において既に指定を受けている事業等について	他の法律において既に指定を受けている事業がある場合記載してください（介護保険法等）。ない場合は別紙添付の必要はありません。
	口座振込（変更）依頼書	所定の様式によります。紙とともに、データを入れたCD等（MO、USBメモリ不可）も提出してください。データは必ずウイルスチェックを行い、ウイルスの感染防止にご協力ください。
	各種付表	<ul style="list-style-type: none"> <li>・指定を受けようとする事業の種類により付表が異なります。紙とともに、データを入れたCD等（MO、USBメモリ不可）も提出してください。データは必ずウイルスチェックを行い、ウイルスの感染防止にご協力ください。</li> <li>・「指定申請書」「口座振替の依頼書」「付表」を一枚のCD等に入れてください。その他の添付書類の電子データは必要ありませんのでご注意ください。</li> </ul>
	申請者の定款、寄附行為等及びその登記簿謄本（又は条例）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・申請に係る事業を実施する旨の認可がされていることが必要です。</li> <li>・公益法人等で、申請までに定款又は寄付行為の変更手続きが終了していない場合にあっては、変更認可前の定款に加えて、当該事業を行う旨の内容が確認できる書類（理事会議事録等）を提出していただき、併せて法人認可所官庁との手続き状況を報告してください。</li> <li>・登記簿は履歴事項全部証明書を提出してください。複数の事業所を同時申請する場合は、原本1部で可。（コピーも不要）。</li> <li>・定款等が変更の途中で、申請時に間に合わない場合は、変更前の定款および登記簿謄本（写しでも可）を提出してください。変更が完了後速やかに、変更後の定款及び登記簿謄本を提出してください。</li> </ul>
	運営規程	参考例をインターネットサイト「障害福祉情報サービスかながわ」に掲載しています。
参考様式1	事業所・施設の平面図	・既製の平面図（建築図面等）がある場合はそれをA3（またはA4）に縮尺の上、添付してください。複数の事業所で同じ建物を使う場合は、事業で使う場所が分かるように色分け等をしてください。
		・事業所の写真（外観及び内部）を添付してください。写真には、どの部分の写真であるか記載してください。
		・多機能型事業所、従たる事業所や複数の共同生活住居がある場合等は、それぞれの位置関係がわかる地図等を添付してください。
参考様式2	居室面積等一覧表	事業所の設備の面積等について記載してください。
参考様式3	事業所の設備・備品等一覧表	・消防設備、衛生用品を含め、事業所の設備・備品等について、基準省令の規定に沿って配慮、措置した事項について記載してください。
参考様式4	管理者・サービス管理責任者・サービス提供責任者・相談支援専門員の経歴書	<ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者・サービス管理責任者・サービス提供責任者について、それぞれ別に作成してください。</li> <li>・短期入所を申請する際には管理者の経歴書が必要です。</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・居宅介護・重度訪問介護・行動援護・重度障害者等包括支援を申請する際には、管理者・サービス提供責任者の経歴書が必要です。</li> <li>・療養介護・生活介護・児童デイ・共同生活介護・自立訓練（機能訓練・生活訓練）・就労移行支援・就労継続支援（A型・B型）・共同生活援助・障害者支援施設を申請する際には、管理者・サービス管理責任者の経歴書が必要です。</li> <li>・相談支援を申請する際には、管理者・相談支援専門員の経歴書が必要です。</li> </ul>
		・サービス管理責任者・サービス提供責任者・相談支援専門員について、それぞれ作成してください。研修修了書（写し）・資格を証する書面を添付してください。
参考様式5	実務経験（見込）証明書	<ul style="list-style-type: none"> <li>・行動援護の事業を申請する場合は、従業者それぞれの実務経験（見込）証明書が必要です。</li> <li>・期間、日数が記載されている実務経験証明書であれば、この様式にこだわる必要はありません。</li> </ul>

様式名等		記載時の留意事項・説明
参考様式 6	利用者（入所者）又はその家族からの苦情を解決するために講ずる措置の概要	利用者（入所者）からの苦情を解決するために講じる具体的な方法を記入してください。苦情解決に関して法人の内規等がある場合は一部添付してください。
別紙 2	従業員の勤務の態勢及び勤務形態一覧表	・従業員の一ヶ月の勤務体制について記入してください。 ・保育士、看護師等有資格職種に就く従業員の場合、該当する資格を証する書面の写しを添付してください。
参考様式 7	組織体制図	事業所に既存の組織体制図があればその写しで構いません。
参考様式 8	指定障害福祉サービスの主たる対象者を特定する理由等	主たる対象者を特定する場合に提出してください。特定しない場合は提出の必要はありません。
参考様式 9	障害者自立支援法第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書	当該法人の役員及び事業所を管理する者について記入し、全員の押印が必要です。複数の事業所を同時申請する場合は、原本1部で可（コピーも不要）。
別紙	役員等名簿	参考様式9で使用する役員名簿です。
参考様式 10	協力医療機関との契約の内容	協力医療機関との契約内容について記入してください。「契約の内容」欄は、契約書の写しでもかまいません。事前に協力医療機関に了解を得てください。
参考様式 11	指定障害者支援施設等との連携体制及び支援の体制の概要	指定障害者支援施設等との連携体制・支援体制の概要を記載してください。事前に指定障害者支援施設等に了解を得てください。
参考様式 12	障害福祉サービス事業等開始届出書	様式第1号、運営規程等の記載内容に合わせてください。
入所定員又は精神科病院の精神病床数の減少計画書		地域移行型ホームの事業を申請する場合は提出してください。
管理者誓約書		指定障害福祉サービス事業所、指定障害者支援施設、指定相談支援事業所に分かれていきますので、該当するものを使用してください。 管理者の個人印が必要です。指定申請書提出時は管理者の立会いが必要です。
申請する事業の資産の状況		
・財産目録又は決算書等		・法人の「財産目録」又は「決算書」（直近のもの）を添付してください。
・事業計画書		・「事業計画書」は当該事業所の年間事業計画を作成（様式は任意）し添付してください。
・収支予算書		・「収支予算書」は、事業計画を基に、申請事業に係る当該事業所の収支予算を作成してください。
その他必要なもの		<p>・居宅介護・重度訪問介護・行動援護の事業を申請する場合は、従業者全てについて、資格を証する書面の写しを添付してください。</p> <p>・有資格職として配置する従業者（保育士、看護師、理学療法士等）については、資格を証する書面の写しを添付してください。</p> <p>・介護保険事業所の指定を受けている場合は、介護保険事業所「指定通知」の写しを添付してください。</p> <p>・不慮の事故等に備えた、「損害賠償責任保険証書」の写しを添付してください。</p> <p>・事業所の建物が賃貸等の場合は、「建物賃貸借契約書」等の写しを添付してください。</p> <p>・地震防災対策強化地域内に所在し、障害福祉サービス事業等（居宅介護・重度訪問介護・行動援護・療養介護・重度障害者等包括支援・相談支援以外）の指定を受けようとする場合であって、利用者及び職員を含め収容人数が30人以下となる事業所・施設は、大規模地震対策特別措置法に基づく「地震防災応急計画」を作成する必要があります（収容人数が30名以上の事業所・施設は消防署への提出をもって準用されます）。参考例等をインターネットサイト「障害福祉情報サービスかながわ」→「神奈川県からのお知らせ」に掲載しています。</p> <p>※神奈川県内の地震防災対策強化地域・・・平塚市、小田原市、茅ヶ崎市、秦野市、厚木市、伊勢原市、海老名市、南足柄市、寒川町、大磯町、二宮町、中井町、松田町、山北町、開成町、真鶴町、湯河原町</p> <p>・居宅介護の事業を申請し、通院等乗降介助のサービス提供を行う場合は、「有償運送許可証」の写しを添付してください。</p>
・介護給付費算定に係る体制等に関する届出書		サービス種類ごとに必要な書類が異なりますので注意してください。居宅介護、重度訪問介護、行動援護、重度障害者等包括支援は新規指定申請時にこの届出は必要ありません。