

## 指定障害福祉サービス事業所等指定申請書作成の手引き

平成25年 1 月

神奈川県保健福祉局福祉・次世代育成部  
障害サービス課

# 目 次

ページ

1 障害者自立支援法に基づく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	1
2 障害者自立支援法に基づく障害福祉サービス事業所等のサービス種類別事業所指定申請必要書類一覧	5
3 添付書類、参考様式の種類と記載時の留意事項・説明	6
4 指定申請時に提出する『付表』の表示について	10
5 申請書・付表記載例	13
6 参考資料様式記載例	42
7 障害福祉サービス事業等開始届出書記載例	66
8 大規模地震対策特別措置法に基づく地震防災応急計画の作成及び提出について	68

☆ 「サービス種類別の運営規程の作成例」及び「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書記載例」は、ウェブサイト『障害福祉情報サービスかながわ』をご覧ください。

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/>)

「書式ライブラリ」→「1. 神奈川県からのお知らせ」

→「2 事業所新規指定申請様式等（障害者自立支援法関係）」

# 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

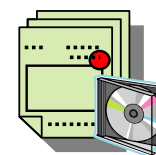
障害福祉サービス事業所として指定を受けようとする場合は、神奈川県障害サービス課事業支援グループ(TEL: 045-210-4732)に電話でその旨をお伝えください。指定申請書類確認のため来庁の予約等をします(指定申請は完全予約制です)。また場合によってこちらから事業内容等について何点か確認をさせていただくこともあります。指定申請の締め切りは指定希望月の前月15日ですので、余裕をもって申請してください。



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。

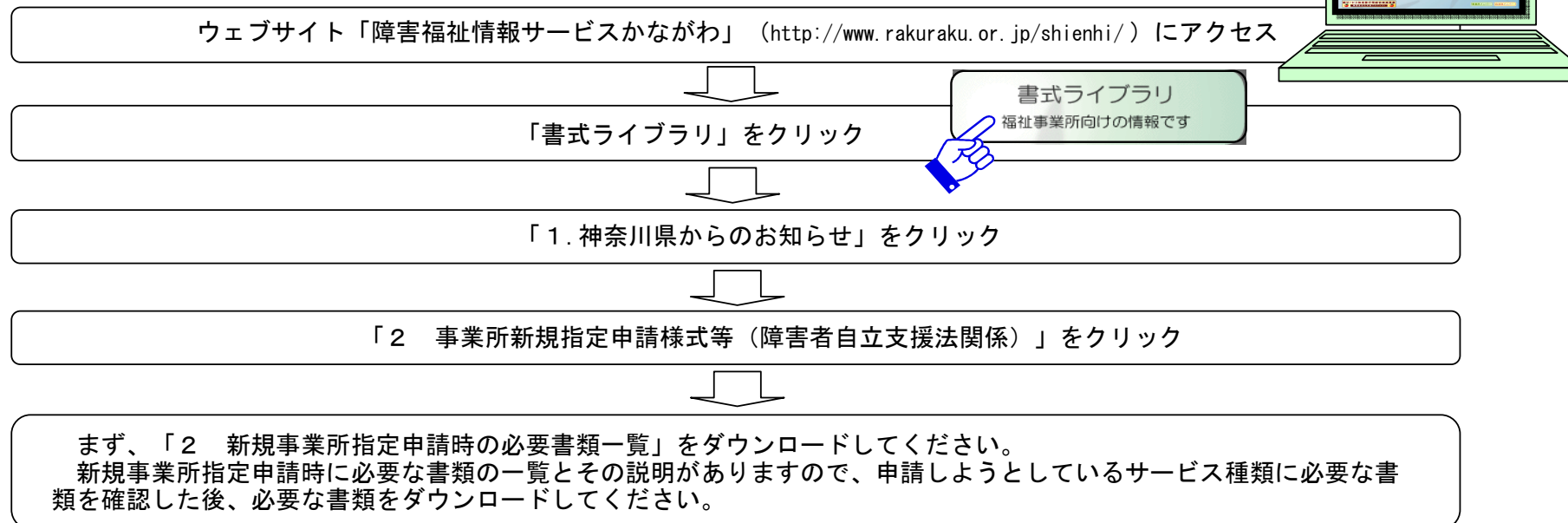


## 2 障害福祉サービス事業所指定申請の締め切り

- 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ください。

### 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。



文書名等	内容
1 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	現在ご覧いただいている案内です。
2 障害者自立支援法に基づく障害福祉サービス事業所等のサービス種類別事業所指定申請必要書類一覧	申請に必要な書類の一覧と書類作成に当たっての留意事項です。
3 指定障害福祉サービス事業者等指定申請書様式等(3-1～3-3)	申請書の様式と記載例です。様式には、Excel 2007, 2010版とExcel 2003版があります。この申請書は、CD-ROMに入れた電子データも提出してください。
4 添付書類・参考資料様式等(4-1・4-2)	添付資料・参考資料様式と記載例・作成例です。
5 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書等(5-1～5-6)	体制届の届出様式と記載例及び届出書作成に必要な平成24年度級地区分一覧です。
6 大規模地震対策特別措置法に基づく地震防災応急計画の作成及び提出について	地震防災応急計画の作成・提出依頼文書及び作成例です。
7 サービス種類別運営規程（作成例）(7-1～7-16)	サービス種類毎の運営規程の作成例です。

#### 4 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



#### 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 横浜市、川崎市、相模原市及び横須賀市で障害福祉サービス事業所を開設する場合の指定申請・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 045-671-3601

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 044-200-1111

FAX 044-200-3932

### 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

横須賀市福祉部指導監査課

TEL 046-822-8162

FAX 046-827-0566

障害者自立支援法に基づく障害福祉サービス事業所等のサービス種類別事業所指定申請必要書類一覧

(平成25年1月現在)

	居宅介護 重度訪問 同行支援 行動支援	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 共同生活援助	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	一般相談支援 (地域移行)	一般相談支援 (地域定着)	障害者 支援施設
様式第1号(申請書)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
口座振込(変更)依頼書	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
各種付表	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14	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			
付表14別紙(相談支援専門員 の兼務状況)											○	○	
別紙1(他法指定事業等)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
別紙2(勤務形態)	別紙2-1	別紙2-2	別紙2-2	別紙2-2	別紙2-2	別紙2-2	別紙2-2	別紙2-2	別紙2-2	別紙2-2	別紙2-1	別紙2-1	別紙2-2
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)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
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)	参考9-1	参考9-1	参考9-1	参考9-1	参考9-1	参考9-1	参考9-1	参考9-1	参考9-1	参考9-1	参考9-2	参考9-2	参考9-1
参考様式9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(関係機関との協力体制)											○	○	
参考様式13(常時の連絡体制)												○	
管理者の誓約書	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
資産の状況	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
その他必要なもの	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
第9号様式 障害福祉サービス事業等開始届出書	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
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を提出してください。

● 申請書・添付書類の様式等は、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/>)の「書式ライブラリ」→「1. 神奈川県からのお知らせ」  
→「2 事業所新規指定申請様式等(障害者自立支援法関係)」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 (H24.11)

◇申請書・添付書類の様式等は、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/>) 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。

◇申請書類等は、サービス種類毎に作成してください。ただし、居宅介護と重度訪問介護を同時に申請する場合には、1部で差し支えありません。

様式名等	記載時の留意事項・説明
様式第1号 指定申請書	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「指定申請書」は、各サービス共通の様式です。A4版の紙に出力し押印したものと電子データを提出してください。</li> </ul>
口座振込（変更）依頼書	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「口座振込（変更）依頼書」は所定の様式によります。A4版の紙に出力し押印したものと電子データを提出してください。</li> </ul>
各種付表	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「付表」は指定を受けようとする事業の種類により異なります。A4版の紙に出力したものと電子データを提出してください。</li> <li>・「指定申請書」「口座振込（変更）依頼書」「付表」の電子データは、一枚のCD（MO、USBメモリ等不可）に入れて提出してください。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>・なお、その他の添付書類の電子データは必要ありません。</li> </ul>
付表14別紙 他の事業所又は施設の従事者と兼務する相談支援専門員について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・一般相談支援を申請する場合に作成してください。</li> </ul>
別紙1 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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）。ない場合は添付の必要はありません。</li> </ul>
別紙2 従業員の勤務の態勢及び勤務形態一覧表	<ul style="list-style-type: none"> <li>・居宅介護・重度訪問介護・行動援護・同行援護・一般相談支援の事業所は別紙2-1を、その他の事業所は別紙2-2を作成してください。</li> <li>・従業員の一ヶ月の勤務体制について記入してください。</li> <li>・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。</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附行為の変更手続きが終了していない場合にあつては、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。</li> <li>・複数の事業所指定を同時申請する場合は、原本は1部で差し支えありませんが、他の申請書には写しを必ず添付してください。</li> <li>・定款等が変更の手続き中で、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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「運営規程（作成例）」をウェブサイト「障害福祉情報サービスかながわ」（この説明書掲載ページの7-1～7-16）に掲載しています。</li> </ul>



様式名等	記載時の留意事項・説明
参考様式 1      事業所・施設の平面図	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>
参考様式 2      居室面積等一覧表	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所の設備の面積等について記載してください。</li> <li>・一般相談支援については、地域移行支援で体験利用・体験宿泊を、地域定着支援で一時的な滞在を自事業所で実施しない場合は作成する必要はありません。</li> </ul>
参考様式 3      事業所の設備・備品等一覧表	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>
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・相談支援専門員等の経歴書	<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、相談支援専門員等について、それぞれ別に作成してください。</li> <li>・居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護・重度障害者等包括支援を申請する場合は、管理者・サービス提供責任者の経歴書が必要です。</li> <li>・短期入所を申請する場合は管理者の経歴書が必要です。</li> <li>・療養介護・生活介護・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場合は、管理者・サービス管理責任者の経歴書が必要です。</li> <li>・一般相談支援を申請する場合は、管理者・相談支援専門員、指定地域移行（定着）支援従事者の経歴書が必要です。</li> </ul>
参考様式 5      実務経験（見込）証明書	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・居宅介護・重度訪問介護・同行援護の事業を申請する場合で、介護福祉士又は介護職員基礎研修・ヘルパー1級課程研修修了者がサービス提供責任者になる場合には資格を証する書面のみで結構です。</li> <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、日数及び業務内容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>
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>
参考様式 7      組織体制図	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>

様式名等	記載時の留意事項・説明
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・一般相談支援以外を申請する場合は「参考様式 9-1」を、一般相談支援を申請する場合は「参考様式 9-2」を使用してください。</li> <li>・複数の事業所指定を同時申請する場合は、原本は1部で差支えありませんが、他の申請書には写しを必ず添付してください。</li> </ul>
参考様式 9 別紙 役員等名簿	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・複数の事業所指定を同時申請する場合は、原本は1部で差支えありませんが、他の申請書には写しを必ず添付してください。</li> </ul>
参考様式 10 協力医療機関との契約の内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>
参考様式 12 関係機関との協力体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域移行支援で、対象者を特定する場合、体験利用・体験宿泊を委託する場合に作成してください。</li> <li>・地域定着支援で、対象者を特定する場合、一時的な滞在を委託する場合に作成してください。</li> </ul>
参考様式 13 常時の連絡体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域定着支援を申請する場合は作成してください。</li> </ul>
管理者誓約書	<ul style="list-style-type: none"> <li>・指定障害福祉サービス事業所用、指定障害者支援施設用、指定一般相談支援事業所用に分かれていますので、該当するものを使用してください。</li> <li>・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。</li> </ul>
申請する事業の資産の状況	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・財産目録又は決算書等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業計画書</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「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。</li> <li>・「指定申請 添付書類様式【記載例】」に作成例を掲載しています。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・収支予算書</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「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。</li> </ul>

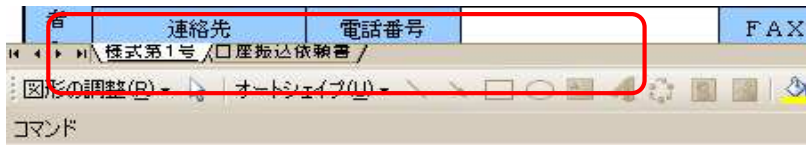
様式名等	記載時の留意事項・説明
<p>その他必要なもの</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護の事業を申請する場合は、従業者全てについて、資格を証する書面の写しを添付してください。</li> <li>・有資格職として配置する従業員（看護師、理学療法士等）については、資格を証する書面の写しを添付してください。</li> <li>・介護保険事業所の指定を受けている場合は、介護保険事業所「指定通知」の写しを添付してください。</li> <li>・不慮の事故等に備えた、「損害賠償責任保険証書」の写しを添付してください。</li> <li>・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。</li> </ul> <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・同行援護・行動援護・療養介護・重度障害者等包括支援・一般相談支援を除く）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人以上の事業所・施設は消防署への提出をもって準用されます）。参考例等をウェブサイト「障害福祉情報サービスかながわ」（この説明書掲載ページの6）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> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・平成25年4月1日以降に指定を受けようとする場合には、指定書送付用封筒として、A4サイズの書類を折らずに入る封筒（角2封筒）に指定書送付先（指定を受ける事業所の郵便番号、所在地、事業所名）を明記し、140円切手を貼ったものを添付してください。</li> </ul>
<p>第9号様式 障害福祉サービス事業等開始届出書</p>	<p>様式第1号、運営規程等の記載内容に合わせてください。</p>
<p>介護給付費算定に係る体制等に関する届出書</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス種類ごとに必要な書類が異なりますので「サービス種類別提出書類一覧」で確認してください。</li> <li>・一般相談支援は新規指定申請時にこの届出は必要ありません。</li> <li>・居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護・重度包括支援は、福祉・介護職員処遇改善（特別）加算、特定事業所加算を算定しない場合には提出は不要です。</li> </ul>

# 申請書・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



最初は「様式第1号」及び「口座振込依頼書」のシートのみ表示されています。

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。

※次のいずれかを選択し、下の申請書に必要な事項を入力してください。

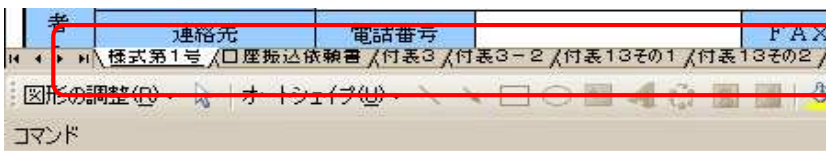
申請する事業所(施設)の種類	指定障害福祉サービス事業所
申請者の法人の種類	社会福祉法人(社協以外)
申請する事業の種類	生活介護

(様式第1号)

※受付番号

3つのプルダウンから該当する項目を選択します。

指定障害福祉サービス事業所 指定申請書



付表が表示されます。

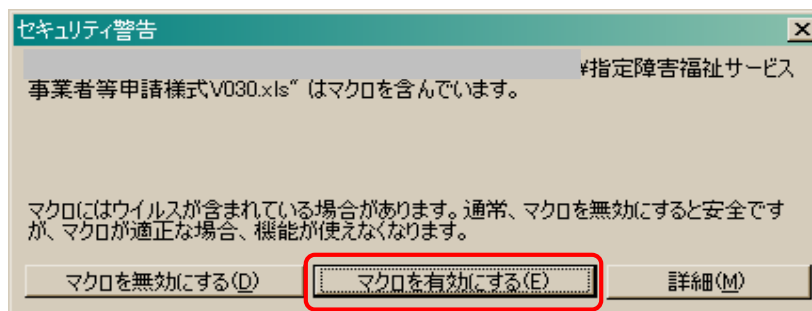
## ※上記操作で付表が表示されない場合

付表はExcel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Excel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

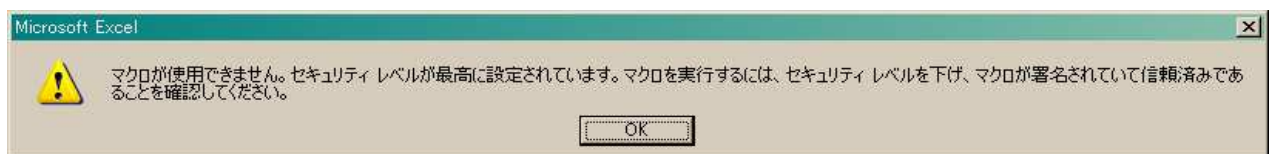
ファイルを開いた際に、以下のメッセージが表示された場合、『マクロを有効にする』を選択します。



「マクロを有効にする」を押下します。

これでマクロは有効になりました、

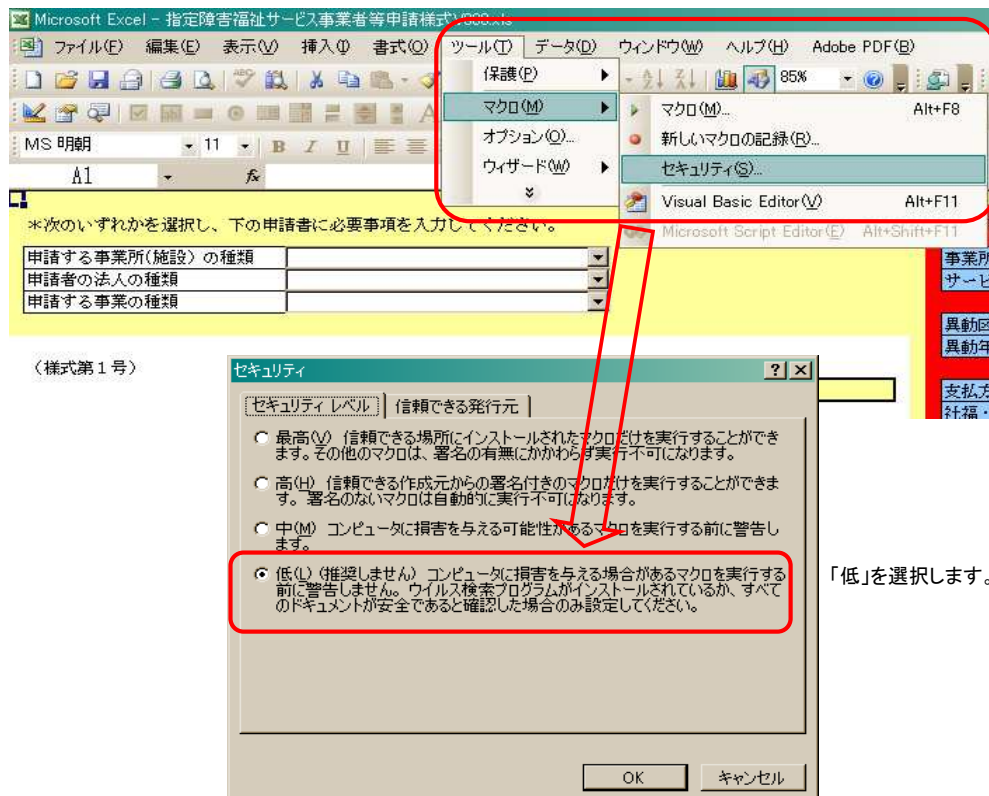
なお、ファイルを開いた際、以下のメッセージが表示された場合は、下記の「マクロセキュリティの設定方法」を参照してください。



### (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。





「ツール」から遷移します。

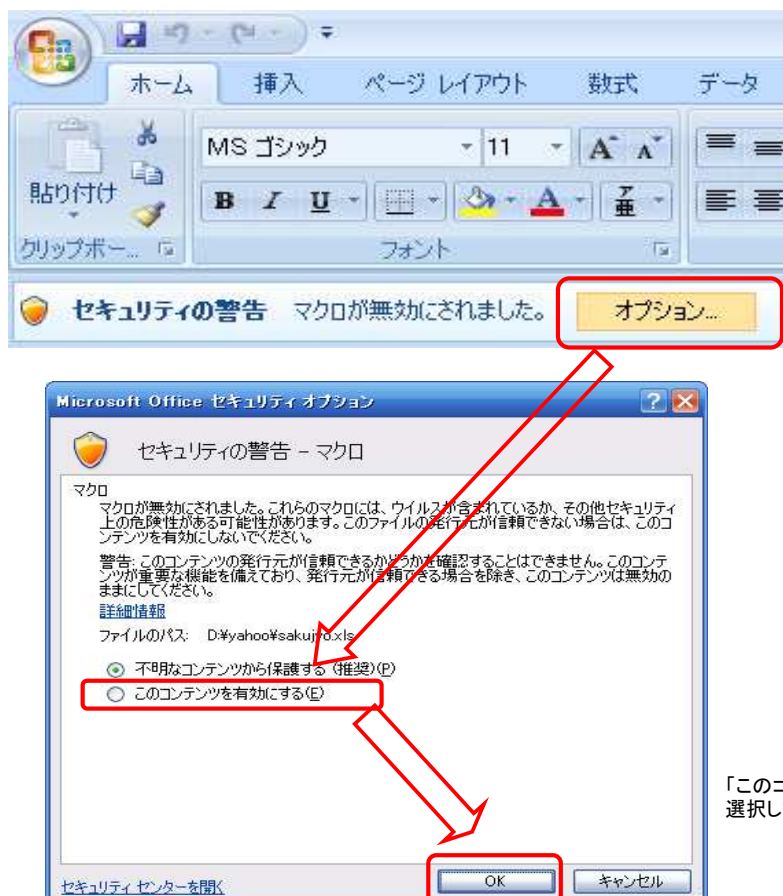
「低」を選択します。

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。



オプションボタンを押下します。

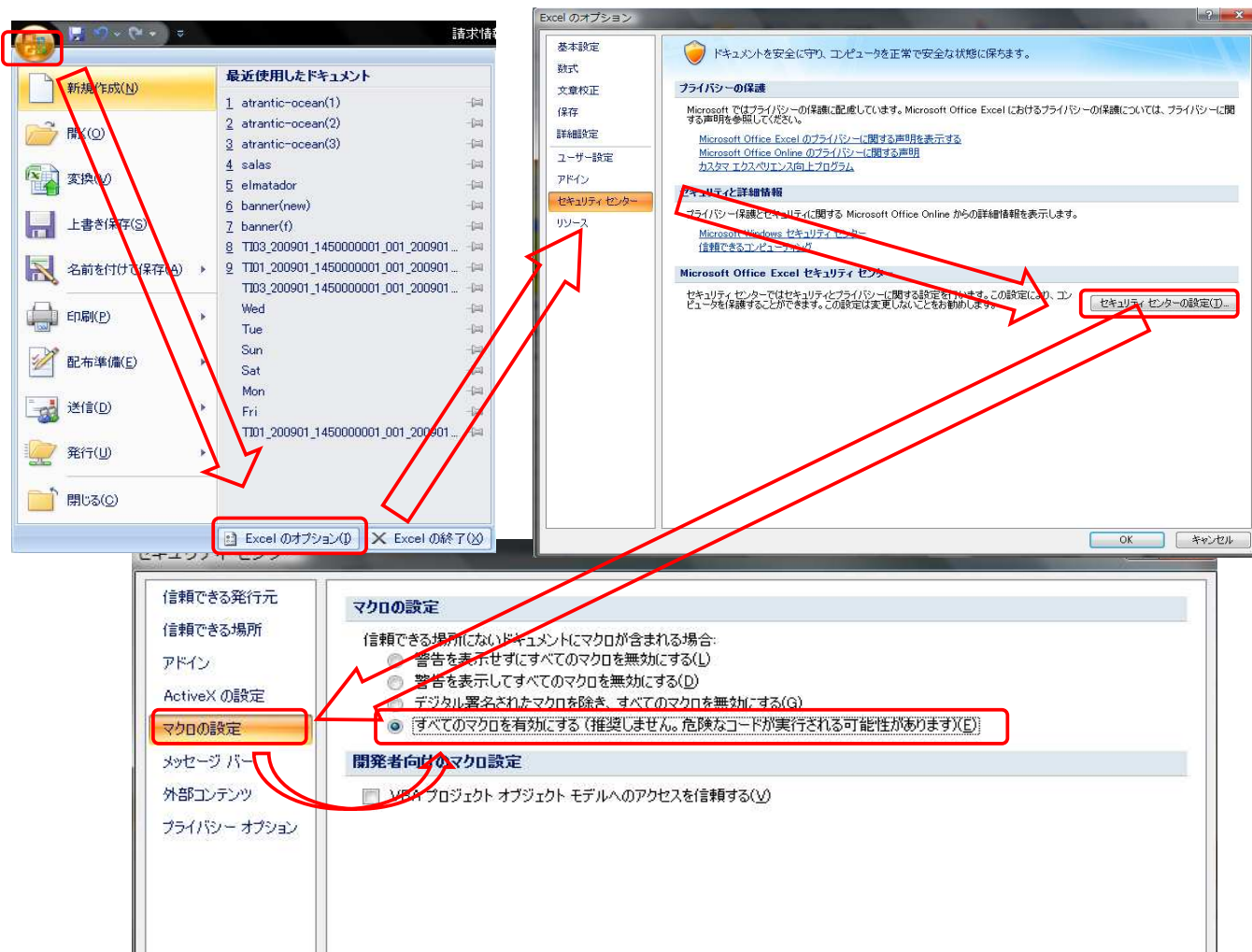
「このコンテンツを有効にする」を選択します。

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。

※申請する全てのサービス種類で作成が必要です。

## 【記載例】

〇マクロを有効にする必要があります。

まず最初にここを選んでください。

※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

A

(様式第1号)

・上記のA部分を選択すると自動表示されます。

・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  
※指定市町村番号

平成25年3月4日

(申請先)

神奈川県知事

(申請者)

所在地 平塚市〇〇町1-234  
名称 社会福祉法人かながわ福祉会  
代表者氏名 神奈川 一郎

※神奈川県使用欄

事業所番号	11	CSV出力
サービス種類		CSV取込
異動区分	新規	
異動年月日		
支払方法	<input type="checkbox"/> 座振替	
社福・A型減免	<input type="checkbox"/>	

・提出日を入力。

・入力不要です。

・法人代表者印を押印。

表  
法  
者  
人  
印  
代

・半角数字で入力。

障害者自立支援法に規定する  
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	シャカイワキカクシカイ		
	名称	社会福祉法人かながわ福祉会		
	主たる事務所の所在地	〒254-**** 郵便番号を半角数字7桁で記載してください 平塚市〇〇町1-234		
	連絡先	電話番号	0483-**-****	FAX番号
指定を受けようとする事業所・施設の種類	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	神奈川 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 平塚市△△町23-456	
指定を受けようとする事業所・施設の種類	フリガナ	カナガワ△△ホームヘルプ		
	名称	かながわ△△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 鎌倉市●●町1-23		
	事業等の種類	指定障害福祉サービス事業所	指定申請をする事業等の事業開始予定年月日	平成25年4月1日
主たる事業所名称	事業名称	居宅介護	付表	備考
	事業名称	指定申請をする事業等の事業開始予定年月日	平成25年4月1日	1
	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	
	指定有効開始年月日	平成25年4月1日	指定有効終了年月日	平成31年3月31日
指定更新申請中区分	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無			
効力停止開始年月	効力停止終了年月			

・登記簿に記載されている所在地を入力。  
・番地等の数字を含め全て全角入力。

・番地等の数字を含め全て全角入力。

・半角数字で入力。

・事業所名称に英数字を用いる場合も全角入力。

・運営規程に記載されている所在地を入力。  
・番地等の数字を含め全て全角入力。

・事業所名称は必ず入力。多機能型の場合主たる事業所名称を入力。

・既に、障害者自立支援法に基づき事業者指定を受けている事業者は入力。

・指定有効開始年月日から6年経過することとなる日を入力。

・事業開始年月日と同じ年月日を入力。

(備考)

- 1 「※」のついた欄には記載しないでください。
- 2 「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」「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、申請者が認可法人である場合に、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。

注

※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 25 年 3 月 4 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	〒 254-****	←郵便番号を半角数字7桁で入力してください。	
	所在地	平塚市〇〇町1-234		
	代表者氏名	神奈川 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		

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 フリガナ フリガナ フリガナ フリガナ フリガナ		
	氏名	社会福祉法人かながわ福祉会理事長かながわ一郎		

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 25 年 3 月 4 日	委任者 神奈川 一郎		

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。	確認印
金融機関名	
確認年月日	

・様式第1号で入力した情報が自動的に反映されます。直接入力はできません。

表  
法  
者  
人  
印  
代

・入力不要。

・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）。

・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。  
・押印忘れないようにしてください。

・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

		※受付番号			
事業所	フリガナ	かながわ△△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1-23			
	連絡先	電話番号	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	かみかわ 二郎			
	氏名	神奈川 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○●町1-234			
	当該事業所における居宅介護従業者等との兼務の有無		● 有 ○ 無		
同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合記入）	事業所等の名称	かながわ△△ホームヘルプ			
	兼務する職種	（訪問介護）管理者			
提供サービス	フリガナ	やまぐち 太郎			
	氏名	大和 太郎			
	住所	〒 252-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください 藤沢市■●町2-56			
従業者・負数	（単位：人）	専従	兼務	専従	兼務
		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 08:30 ~ 17:30 土曜 祝日 備考			
	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"/>	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 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 type="checkbox"/> 身体障害者 <input 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	○ 有 ● 無			
	苦情解決の措置概要	窓口（連絡先）	0466-**-****		
	担当者	大和 太郎			
※加算等	特定事業所加算区分	○ I ○ II ○ III ● 無			
	処遇改善加算	○ 有 ● 無	処遇改善加算 キャリアパス区分		
	処遇改善特別加算	○ 有 ● 無			

（備考）

- 「※」のついた欄には、記載しないでください。
- 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。
- 「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。
- 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。
- 「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  
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。

・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。

・当該事業の実施を定めている定款等の条項を入力。

・半角カタカナで入力。

・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は入力。

・複数名いる場合、筆頭の者について入力。

・半角カタカナで入力。

・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入力。

・記載例のとおり半角数字『00:00』という形式で入力。

・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」を入力。

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			
		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	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 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	名称	かながわ△療養介護		
	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1-23		
	連絡先	電話番号	0467-**-****	
	ファクシミリ番号	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	神奈川 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○○町1-234		
	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		
サービス管理責任者	氏名	大和 太郎		
	住所	〒 252-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください 藤沢市■■町2-56		
・従業者の職種 （単位：人）	専従	兼務	専従	
	兼務	専従	兼務	
	従業者数	常勤	1	1
	非常勤			8
常勤換算後の人数		1.5	5.5	
※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	常勤	14	22
	非常勤	2	8	
	常勤換算後の人数	14.8	27.2	
	※基準上の必要人数			
	前年度の平均利用者数			
	単位ごとの利用定員			
	※基準上の必要定員			
※利用定員超過減算				
※職員欠如減算				
※人員配置区分				
※単位番号				
療養介護全体の利用定員				
前年度の平均利用者数				
主たる設備				
多目的室				
医療法の規定により病院に置くべきものとされる設備				
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		
	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	大和 太郎	
		その他		
※加算等	※みなし指定の有無	○ 有 ● 無	※人員配置体制加算	
	旧法施設定員数	人	※保障単位数（9割保障）	
	福祉専門職配置加算	○ 有 ● 無		
	処遇改善加算	○ 有 ● 無	処遇改善加算	
	処遇改善特別加算	○ 有 ● 無	キャリアパス区分	

・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。

・当該事業の実施を定めている定款等の条項を入力。

・半角カタで入力。

・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は入力。

・複数名いる場合、筆頭の者について入力。

・半角カタで入力。

・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入力。

・単位ごとの情報を入力。

・事業所全体の定員を入力。

（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	人							
	※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	人							
	※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	人							
	※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	人							
	※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入力。

「※」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8 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。【※受付番号】
- ※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	かながわ△△生活介護	
	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1-23	
管理者	連絡先	電話番号	0487-**-****
	氏名	神谷 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 鎌倉市●●町1-234	
	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 勤務時間	
管理責任者	氏名	大和 太郎	
	住所	〒252-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください 藤沢市■町1-234	
従業者の職種（単位：人）	サービス管理責任者	医師	
	従業者数	専従 兼務 専従 兼務	
単位1	常勤	1	
	非常勤	1	
単位2	常勤	1	
	非常勤	1	
単位3	常勤	1	
	非常勤	1	
単位4	常勤	1	
	非常勤	1	
単位5	常勤	1	
	非常勤	1	
単位6	常勤	1	
	非常勤	1	
単位7	常勤	1	
	非常勤	1	
単位8	常勤	1	
	非常勤	1	
単位9	常勤	1	
	非常勤	1	
単位10	常勤	1	
	非常勤	1	
単位11	常勤	1	
	非常勤	1	
単位12	常勤	1	
	非常勤	1	
単位13	常勤	1	
	非常勤	1	
単位14	常勤	1	
	非常勤	1	
単位15	常勤	1	
	非常勤	1	
単位16	常勤	1	
	非常勤	1	
単位17	常勤	1	
	非常勤	1	
単位18	常勤	1	
	非常勤	1	
単位19	常勤	1	
	非常勤	1	
単位20	常勤	1	
	非常勤	1	
単位21	常勤	1	
	非常勤	1	
単位22	常勤	1	
	非常勤	1	
単位23	常勤	1	
	非常勤	1	
単位24	常勤	1	
	非常勤	1	
単位25	常勤	1	
	非常勤	1	
単位26	常勤	1	
	非常勤	1	
単位27	常勤	1	
	非常勤	1	
単位28	常勤	1	
	非常勤	1	
単位29	常勤	1	
	非常勤	1	
単位30	常勤	1	
	非常勤	1	
単位31	常勤	1	
	非常勤	1	
単位32	常勤	1	
	非常勤	1	
単位33	常勤	1	
	非常勤	1	
単位34	常勤	1	
	非常勤	1	
単位35	常勤	1	
	非常勤	1	
単位36	常勤	1	
	非常勤	1	
単位37	常勤	1	
	非常勤	1	
単位38	常勤	1	
	非常勤	1	
単位39	常勤	1	
	非常勤	1	
単位40	常勤	1	
	非常勤	1	
単位41	常勤	1	
	非常勤	1	
単位42	常勤	1	
	非常勤	1	
単位43	常勤	1	
	非常勤	1	
単位44	常勤	1	
	非常勤	1	
単位45	常勤	1	
	非常勤	1	
単位46	常勤	1	
	非常勤	1	
単位47	常勤	1	
	非常勤	1	
単位48	常勤	1	
	非常勤	1	
単位49	常勤	1	
	非常勤	1	
単位50	常勤	1	
	非常勤	1	
単位51	常勤	1	
	非常勤	1	
単位52	常勤	1	
	非常勤	1	
単位53	常勤	1	
	非常勤	1	
単位54	常勤	1	
	非常勤	1	
単位55	常勤	1	
	非常勤	1	
単位56	常勤	1	
	非常勤	1	
単位57	常勤	1	
	非常勤	1	
単位58	常勤	1	
	非常勤	1	
単位59	常勤	1	
	非常勤	1	
単位60	常勤	1	
	非常勤	1	
単位61	常勤	1	
	非常勤	1	
単位62	常勤	1	
	非常勤	1	
単位63	常勤	1	
	非常勤	1	
単位64	常勤	1	
	非常勤	1	
単位65	常勤	1	
	非常勤	1	
単位66	常勤	1	
	非常勤	1	
単位67	常勤	1	
	非常勤	1	
単位68	常勤	1	
	非常勤	1	
単位69	常勤	1	
	非常勤	1	
単位70	常勤	1	
	非常勤	1	
単位71	常勤	1	
	非常勤	1	
単位72	常勤	1	
	非常勤	1	
単位73	常勤	1	
	非常勤	1	
単位74	常勤	1	
	非常勤	1	
単位75	常勤	1	
	非常勤	1	
単位76	常勤	1	
	非常勤	1	
単位77	常勤	1	
	非常勤	1	
単位78	常勤	1	
	非常勤	1	
単位79	常勤	1	
	非常勤	1	
単位80	常勤	1	
	非常勤	1	
単位81	常勤	1	
	非常勤	1	
単位82	常勤	1	
	非常勤	1	
単位83	常勤	1	
	非常勤	1	
単位84	常勤	1	
	非常勤	1	
単位85	常勤	1	
	非常勤	1	
単位86	常勤	1	
	非常勤	1	
単位87	常勤	1	
	非常勤	1	
単位88	常勤	1	
	非常勤	1	
単位89	常勤	1	
	非常勤	1	
単位90	常勤	1	
	非常勤	1	
単位91	常勤	1	
	非常勤	1	
単位92	常勤	1	
	非常勤	1	
単位93	常勤	1	
	非常勤	1	
単位94	常勤	1	
	非常勤	1	
単位95	常勤	1	
	非常勤	1	
単位96	常勤	1	
	非常勤	1	
単位97	常勤	1	
	非常勤	1	
単位98	常勤	1	
	非常勤	1	
単位99	常勤	1	
	非常勤	1	
単位100	常勤	1	
	非常勤	1	

・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。

・当該事業の実施を定めている定款等の条項を入力。

・半角カタで入力。

・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は入力。

・複数名いる場合、筆頭の者について入力。

・半角カタで入力。

・番地等の数字を含め全て全角入力。

・単位ごとの情報を入力。  
・従たる事業所も含めて入力。

・単位の定員を入力。

・記載例のとおり半角数字『00:00』という形式で入力。

・事業所全体の定員を入力。

・多機能型事業所の場合『有』にチェック。  
\*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、准看護師のことを指します。
  - 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を入力してください。
  - 「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。
  - 「兼務」欄は、施設内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。
  - 「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。

注

●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入力。

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										
	従業者数	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	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											
	前年度の障害程度区分の平均値											
	<input checked="" type="radio"/> 4未満 <input type="radio"/> 4以上5未満 <input type="radio"/> 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												
<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 <input type="checkbox"/> 日曜 <input type="checkbox"/> 土曜 <input type="checkbox"/> 祝日 <input type="checkbox"/> 備考												
主たる対象者												
<input type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 精神障害者 <input type="checkbox"/> 聴覚・言語 <input type="checkbox"/> 内部障害												
※利用定員超過減算												
<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 職員欠如減算 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 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										
	従業者数	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	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											
	前年度の障害程度区分の平均値											
	<input checked="" type="radio"/> 4未満 <input type="radio"/> 4以上5未満 <input type="radio"/> 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												
<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 <input type="checkbox"/> 日曜 <input type="checkbox"/> 土曜 <input type="checkbox"/> 祝日 <input type="checkbox"/> 備考												
主たる対象者												
<input type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 精神障害者 <input type="checkbox"/> 聴覚・言語 <input type="checkbox"/> 内部障害												
※利用定員超過減算												
<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 職員欠如減算 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 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										
	従業者数	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	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											
	前年度の障害程度区分の平均値											
	<input checked="" type="radio"/> 4未満 <input type="radio"/> 4以上5未満 <input type="radio"/> 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												
<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 <input type="checkbox"/> 日曜 <input type="checkbox"/> 土曜 <input type="checkbox"/> 祝日 <input type="checkbox"/> 備考												
主たる対象者												
<input type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 精神障害者 <input type="checkbox"/> 聴覚・言語 <input type="checkbox"/> 内部障害												
※利用定員超過減算												
<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 職員欠如減算 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 人員配置区分												

「※」のついた欄には記載しないでください。

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

事業所	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)		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										

・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。

(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

事業所		※受付番号									
フリガナ	かながわのり支援施設										
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 鎌倉市●●町1-23										
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○条第○項											
管理者	フリガナ かながわのり										
氏名	神奈川 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○町1-234										
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●●相談支援 管理者 兼務する職種 4時間/日 勤務時間										
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・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 入所者の定員 40 人										
単独事業所の居室	1室の最大定員 人 入所者1人あたりの最小床面積 m <sup>2</sup>										
従業者の職種・員数	（単位：人）	サービス 管理責任者 医師 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										
	従業者数 常勤 1 1 1 1 1 1										
	非常勤 1 1 1 1 1 1										
	常勤換算後の人数 0.8 0.8										
	※基準上の必要人数										
	（単位：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										
	従業者数 常勤 1 1 1 1 1 1										
	非常勤 1 1 1 1 1 1										
常勤換算後の人数 0.2 0.2 8.6											
※基準上の必要人数											
（単位：人）	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											
従業者数 常勤 1 1 1 1 1 1											
非常勤 1 1 1 1 1 1											
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 大和 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 緊急短期入所体制確保加算 ○有 ●無 送迎加算 ○有 ●無 処遇改善加算 ○有 ●無 処遇改善加算 キャリアパス区分 主たるサービス種類（併設型・空床型の） 処遇改善特別加算 ○有 ●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。

・当該事業の実施を定めている定款等の条項を入力。

・半角カタで入力。

・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は入力。

・短期入所の種別「併設型」「空床型」「単独型」の区分について入力(チェック)。

・本体施設の人員配置に応じて入力。

注

- （備考）
1. 「※」のついた欄には、記載しないください。
  2. 新設の場合には、「前年度の平均入所者数」欄は推定数を入力してください。
  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。



●重度障害者等包括支援

【記載例】

付表8 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					
	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△事業所							
	氏名		神奈川 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					
	住所		鎌倉市○町1-234							
	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）									
	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△ホームヘルプ		兼務する職種		管理者	
		勤務時間		4時間/日						
サービス提供責任者	フリガナ		大和 太郎							
	氏名		大和 太郎							
	住所		〒 252-****		←郵便番号を半角数字7桁で入力してください					
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*****		
			同行援護		かながわ△ホームヘルプ			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		■○生活介護			141*****		
	協力医療機関	名称		△○病院		主な診療科名		内科		外科
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		利用者との電話当により、24時間連絡が取れる体制を整備している。								
主な揭示事項	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		大和 太郎					
その他										
※加算等	類型		<input type="checkbox"/> I類型 <input type="checkbox"/> II類型 <input type="checkbox"/> III類型							
	処遇改善加算		○ 有 ● 無		処遇改善加算		キャリアパス区分			
	処遇改善特別加算		○ 有 ● 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。

・当該事業の実施を定めている定款等の条項を入力。

・半角数字で入力。

・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は入力。

・他の指定障害福祉サービス事業所等の情報を入力。

・運営規程に定めた「通常の実施地域」を入力。

- （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を記載してください。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2
  - 「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。
  - 「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通宜地図を添付してください。

●共同生活介護・共同生活援助

【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

※申請する事業		共同生活介護		※受付番号		その1		
主たる事業所	フリガナ	かがりわのりホーム						
	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1-23						
	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○項
管理者	フリガナ	かがわのり						
	氏名	神奈川二郎						
	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1-234						
	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	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2-56						
従業者の職種	（単位：人）		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		
	1	2		2	1			
	常勤	非常勤						
常勤換算後の人数		4		3.6				
※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 所在地						
	支援体制の概要	夜間、緊急時のバックアップ						
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						
協力医療機関	名称	△△病院		主な診療科名	内科 精神科			
	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			
	旧施設設定員数		人	通勤者生活支援加算	○ 有 ● 無			
	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			
	処遇改善加算	○ 有 ● 無	処遇改善加算					
	処遇改善特別加算	○ 有 ● 無	キャリアパス区分					

＊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於いても、適切な対応が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。

		校中	校目
共同生活住居 1	フリガナ	ダイイナカガワマルサンカホーム	
	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	<input type="radio"/> 一戸建て <input checked="" type="radio"/> アパート <input type="radio"/> マンション <input type="radio"/> その他 <input type="checkbox"/> 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	
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	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	
	CH夜間大規模加算	人	
	大規模住居減算	<input type="radio"/> 21人以上 <input type="radio"/> 8人以上 <input checked="" type="radio"/> 無	
共同生活住居 2	フリガナ	ダイイナカガワマルサンカホーム	
	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	<input checked="" type="radio"/> 一戸建て <input type="radio"/> アパート <input type="radio"/> マンション <input type="radio"/> その他 <input type="checkbox"/> 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	
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	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	
	CH夜間大規模加算	人	
	大規模住居減算	<input type="radio"/> 21人以上 <input type="radio"/> 8人以上 <input checked="" type="radio"/> 無	
共同生活住居 3	フリガナ	ダイイナカガワマルサンカホーム	
	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	<input checked="" type="radio"/> 一戸建て <input type="radio"/> アパート <input type="radio"/> マンション <input type="radio"/> その他 <input type="checkbox"/> 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	
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	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	
	CH夜間大規模加算	人	
	大規模住居減算	<input type="radio"/> 21人以上 <input type="radio"/> 8人以上 <input checked="" type="radio"/> 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ください。

●施設入所支援

付表 8 その1 障害者支援施設の指定に係る記載事項

【記載例】

		※受付番号											
施設	フリガナ	かがりまのさんかきゅうろくしん											
	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1-23											
管理者	連絡先	電話番号	0467-**-****										
	フリガナ	氏名	神奈川 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1-234											
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	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	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												
	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	
		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						7	4	7	4	
		非常勤		2	1		1		4	3	4	2	
	常勤換算後の人数		1		0.5		0.5		12		12		
	※基準上の必要人数												
	職業指導員	就労支援員											
		合計		右記以外		兼教官		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	
従業者数		常勤						1					
非常勤													
常勤換算後の人数								1					
※基準上の必要人数													
主な揭示事項	主たる対象者		<input type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 精神障害者 <input type="checkbox"/> 発達障害者 <input type="checkbox"/> 視覚障害者 <input type="checkbox"/> 聴覚・言語障害者 <input type="checkbox"/> 内部障害者										
	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							
		名称	×□病院		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										
	※旧法施設定員数		人										
	※施設等の区分		※みなし指定の有無 ○ 有 ● 無										
	※障害児施設区分												

・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。

・半角数字で入力。

・半角カタで入力。

・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)

- 「※」のついた欄には、記載しないでください。
- 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。
- 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。
- 「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き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。
- 「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。
- 「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1-23															
管理者	フリガナ 氏名	神奈川 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1-234															
居間実施サービスの種類		生活介護				自立訓練 (機能) (生活)		就労移行支援 (通常) (資格)		就労継続支援 (A型) (B型)							
実施するサービス		単位の有無 ○有 ●無				<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
前年度の平均利用者数		人 30 人				人 20 人		人 人		人 人		人 人					
居間多機能の有無		○有 ●無				居間の総定員数		50		人		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 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	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			
	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				横浜市栄区											
	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	(単位：人)	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						
		専従 兼務	専従 兼務	専従 兼務	専従 兼務	合計	○T・P・T	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	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	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	専従 兼務	専従 兼務	専従 兼務	専従 兼務	専従 兼務	専従 兼務						
	従業員数	常勤	1	1			1			2		2					
	常勤換算後の人数					2		1		1							
	※基準上の必要人数																
	(単位：人)	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	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	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	専従 兼務	専従 兼務	専従 兼務								
	従業員数	常勤					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																	
(単位：人)	その他の従業員																
	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	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	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	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	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					
従業員数	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	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	30 人(単位ごとの利用定員)																
※基準上の必要定員	人																
営業日	☑月 ☑火 ☑水 ☑木 ☑金 ☐土 ☐日																
営業時間	平日	09:00 ~ 16:00				土曜		~		日曜		備考					
	日曜	~				祝日		~									
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		☐									

・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。 ← 注
2. 「宣問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ビ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 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		校中		校目	
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			
	(単位：人)	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	合計		O・T・P・T		機能訓練指導員		専従	兼務		
	従業員数	1						専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
	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			
	(単位：人)	合計		右記以外		兼教官		合計		通所		訪問		専従	兼務		
	従業員数	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		
	常勤換算後の人数							3	2	3	2						
	※基準上の必要人数							2	1	2	1						
	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		
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		校中		校目	
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			
	(単位：人)	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	合計		O・T・P・T		機能訓練指導員		専従	兼務		
	従業員数							専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
	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			
	(単位：人)	合計		右記以外		兼教官		合計		通所		訪問		専従	兼務		
	従業員数	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		
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。

【記載例】

付表 8 その 3 施設入所支援に係る記載事項

		※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1-23										
	連絡先	電話番号 0467-**-***** FAX番号 0467-**-*****										
管理者	氏名	神奈川 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1-234										
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 サービス単位3									
設備	居室	1室の最大定員	4人 ※基準上の必要値									
		入居者1人あたりの床面積	10㎡ 人以下									
	廊下	廊下の幅	3m	短期入所実施の有無 ○有 ●無								
		中廊下の幅	2.3m									
旧法施設からの移行の場合		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									
		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		強度行動障害者特別支援加算 ○有 ●無										
※自活訓練加算(I) ○有 ●無		※自活訓練加算(II) ○有 ●無										
※栄養士配置減算 ▼		※職業指導員体制 ○有 ●無										
※重度知的障害児収容棟設置 ○有 ●無		※肢体不自由児施設重度病棟設置 ○有 ●無										
※心理担当職員配置加算 ○有 ●無		※小規模グループケア加算 ○有 ●無										
※児童発達支援管理責任者専任加算 ○有 ●無		※福祉専門職員配置等加算 ○有 ●無										
※処遇改善加算 ○有 ●無		処遇改善加算 キャリアパス区分 ▼										
※処遇改善特別加算 ○有 ●無												
施設障害福祉サービスの種類 ※単位番号												
単位1	(単位：人)		サービス管理責任者 生活支援員 栄養士									
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	従業員数	常勤		1		2		4				
		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		80	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 type="checkbox"/> 特定なし	知的障害者	<input checked="" type="checkbox"/>				精神障害者		<input type="checkbox"/>			
	※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(施設)		○有 ●無		※重度障害者支援加算Ⅱ(施設)		○有 ●無		※重度障害者支援加算Ⅱ		○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 栄養士									
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	従業員数	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		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 type="checkbox"/> 特定なし	知的障害者	<input type="checkbox"/>				精神障害者		<input type="checkbox"/>			
	※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(施設)		○有 ●無		※重度障害者支援加算Ⅱ(施設)		○有 ●無		※重度障害者支援加算Ⅱ		○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 栄養士									
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	従業員数	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		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 type="checkbox"/> 特定なし	知的障害者	<input type="checkbox"/>				精神障害者		<input type="checkbox"/>			
	※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(施設)		○有 ●無		※重度障害者支援加算Ⅱ(施設)		○有 ●無		※重度障害者支援加算Ⅱ		○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. 「※」のある欄には、記載しないものとします。注
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. 「業務」欄は、2以上の障害福祉サービス等を兼業する職員について記載してください。
4. 既述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。

【記載例】

\* 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。

・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。

めている定款等の条項  
を入力。

・半角カタカナで入力。

・全角数字で入力。

・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。

・複数名いる場合筆頭の者について記載してください。

・添付する勤務表等と合致するように入力。

・ 事業所全体の定員を  
入力。

・記載例のとおり半角数字『00:00』という形式で入力。

・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、記載しないでください。

2. 「※」のついている欄には、記載しないでください。
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。注
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. 「筆跡」欄には、施設入所支援事業以外での筆跡を行う職員について記載して下さい。



●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。

事業所	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		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											
	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											
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1-23				
	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いる定款・寄付行為等又は条例等						
定款第○条第○項						
管理者	氏名	神奈川二郎				
	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1-234				
	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2-56				
従業者・員数	サービス管理責任者		看護職員		生活支援員	
	専従 兼務		専従 兼務		通所 兼務 訪問 専従 兼務	
	1 1		1 2		2 2	
	常勤 非常勤		0.5 4		3	
※基準上の必要人数						
生活訓練全体の利用定員 24 人（※新規の場合は、推定数）						
前年度の平均利用者数 23 人						
主な提示事項	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	知的障害者 <input checked="" type="checkbox"/> 精神障害者 <input type="checkbox"/>				
	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-**-**** 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 名称 ×■医院 主な診療科名 内科 名称 主な診療科名				
	短期滞在加算 ○ 夜勤体制あり ○ 宿直体制あり ● 無 精神障害者通院支援加算 ○ 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 職員欠如減算 ○ 有 ● 無 食事提供体制加算 ○ 有 ● 無 旧施設設定員数 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 福祉専門職配置加算 ○ 有 ● 無 自治体自立訓練の開始・業務開始後加算（1） ○ 有 ● 無 送迎加算 ○ 有 ● 無 看護職員配置加算 ○ 有 ● 無 処遇改善加算 ○ 有 ● 無 処遇改善加算 キャリアパス区分 処遇改善特別加算 ○ 有 ● 無 主たるサービス種類					

・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。

・定款と定めている条項を入力。

・半角数字で入力。

・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、入力。

・複数名いる場合筆頭の者について記載してください。

・添付する勤務表等と合致するように入力。

・事業所全体の定員を入力。

・記載例のとおり半角『00:00』の形式で入力。

・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. 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. 「主な提示事項」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（生活訓練）

【記載例】

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

※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	別添											
	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		生活支援員						
		専従	兼務	専従	兼務	通所		訪問				
	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。

(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	フリガナ	かながわ△就労移行支援				
	名称	かながわ△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1-23				
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	神奈川二郎				
	氏名	神奈川二郎				
	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1-234				
	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	フリガナ	よこはま太郎				
	氏名	よこはま太郎				
住所	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2-56				
従業者の職種	(単位:人)					
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	1		2		1	
	常勤		非常勤		1	
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)				
主な揭示事項	多機能型実施の有無		○有 ●無			
	利用定員		※基準上の必要定員 人			
	主たる対象者		身体障害者 <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input checked="" type="checkbox"/> 精神障害者 <input type="checkbox"/>			
	特定なし					
	利用料		運営規程の定めるとおり			
	その他費用		運営規程の定めるとおり			
	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				
	名称	×■医院				
	名称					
提携就労支援機関						
※加算等	就労移行支援体制加算区分					
	夜勤体制あり <input type="radio"/> 宿直体制あり <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>					
	利用定員超過減算 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 職員欠如減算 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>					
	標準利用期間超過減算 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>					
	食事提供体制加算 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>					
	利用日数特別届出有無 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>					
	利用日数特別開始年月1					
	利用日数特別開始年月2					
	利用日数特別開始年月3					
	利用日数特別開始年月4					
	福祉専門職配置加算 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>					
	送迎加算 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>					
	処遇改善加算 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>					
	処遇改善特別加算 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>					

・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。

・当該事業の実施を定めている定款等の条項を入力。

・半角数字で入力。

・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等において兼務する場合、記載してください。

・複数名いる場合筆頭の者について記載してください。

・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入力。

・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。
- 「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。
- 「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-**-****				FAX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。

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の兼務を行う職員について記載してください。

注

●就労継続支援A型・B型

【記載例】

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1-23				
	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	氏名 神奈川二郎				
	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1-234				
	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			
管理サービス	氏名	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2-56				
従業者の職数	(単位:人)					
	従業者数	専従	兼務	専従	兼務	
	常勤	1		1	2	
	非常勤		2		1	
常勤換算後の人数	2					
※基準上の必要人数	2.3					
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)				
主な揭示事項	多機能型実施の有無		○ 有 ● 無			
	利用定員		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 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			
	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 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	
	名称	×■医院		主な診療科名	精神科	
	名称			主な診療科名	内科	
※加算等	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)			
			利用定員超過減算	○ 有 ● 無	職員欠如減算	○ 有 ● 無
	目標工賃達成加算		○ I ○ II ● 無	旧法施設定員数	人	
	食事提供体制加算		○ 有 ● 無	保障単位数(9割保障)	単位	
	利用日数特例届出有無		○ 有 ● 無	利用日数特例終了年月1		
	利用日数特例開始年月1			利用日数特例終了年月2		
	利用日数特例開始年月2			利用日数特例終了年月3		
	利用日数特例開始年月3			利用日数特例終了年月4		
	利用日数特例開始年月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	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			
	送迎加算		○ 有 ● 無			
	処遇改善加算		○ 有 ● 無	処遇改善加算	キャリアパス区分	
処遇改善特別加算		○ 有 ● 無	主たるサービス種類			

・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。

・当該事業の実施を定めている定款等の条項を入力。

・半角数字で入力。

・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等において兼務する場合、記載してください。

・複数名いる場合筆頭の者について記載してください。

・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)

1. 「※」のついた欄には、記載しないでください。  
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. 「主な揭示事項」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。

●就労継続支援A型・B型

【記載例】

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	かながわ労働継続支援財団						
	名称	かながわ〇△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 ■■■ 1 2 - 4 - 5 - 6 7 8						
従業者の職数	連絡先	電話番号	0467-**-****			FAX番号		
	(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
	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	10 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。

(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18 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〉
定員	合計	単位①: 10 人	単位②: 人	単位③: 人	単位④: 人	単位⑤: 人	単位⑥: 人	単位⑦: 人	単位⑧: 人
	45 人	単位②: 人	単位③: 人	単位④: 人	単位⑤: 人	単位⑥: 人	単位⑦: 人	単位⑧: 人	
		単位③: 人	単位④: 人	単位⑤: 人	単位⑥: 人	単位⑦: 人	単位⑧: 人		
		単位④: 人	単位⑤: 人	単位⑥: 人	単位⑦: 人	単位⑧: 人			
		単位⑤: 人	単位⑥: 人	単位⑦: 人	単位⑧: 人				
定員緩和措置の有無		●有 ○無							
申請事業所に係る	フリガナ	かながわ△事業所							
	名称	かながわ△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	0465-**-****		FAX番号	0465-**-****			
多機能型の他の事業所Ⅰ	サービス種類	事業所番号 141*****							
	フリガナ	かながわ△事業所							
	名称	かながわ△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1-23-4567							
多機能型の他の事業所Ⅱ	サービス種類	電話番号 0465-**-**** FAX番号 0465-**-****							
	フリガナ	かながわ△就労支援							
	名称	かながわ△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1-23-456							
多機能型の他の事業所Ⅲ	サービス種類	電話番号 0465-**-**** FAX番号 0465-**-****							
	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							
多機能型の他の事業所Ⅳ	サービス種類								
	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							
管理者	フリガナ								
	氏名								
	住所	〒 ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください							
	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							
管理責任者	フリガナ								
	氏名								
サービス	住所	〒 ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください							
※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							
前年度の平均実利用者数	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の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ください。



●多機能型 総括表

【記載例】

付表18 その2

※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		生活支援員						就労支援員	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	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	専従	兼務
合計	従業者数	常勤	1						2	2	2	2				
		非常勤		1		1	1			3		3				
	常勤換算後の人数								4.2		4.2					
	※基準上の必要人数															
			理学療法士等						職業指導員							
			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		兼教官	
(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
合計	従業者数	常勤									1		1			
		非常勤		1		1					1		1			
	常勤換算後の人数		0.5		0.5						1.8		1.8			
	※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	
(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
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

# ●指定一般相談支援

## 【記載例】

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	名称	〇〇相談支援所		
	所在地	〒 210-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください 〇〇市▲▲123-4		
	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・寄付行為等又は条約等		定款第〇条第〇項		
管理者	氏名	かながわ 藤沢花子		
	住所	〒 240-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください 神奈川県鎌倉市〇〇町123-456		
	当該一般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		
	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●●ホームヘルプ	
		兼務する職種	管理者	
		勤務時間	4時間/日	
事業開始時の利用者の予定数		20人		
相談支援専門員	氏名	藤沢花子		
	住所	〒 240-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください 神奈川県平塚市〇〇町1-23		
	地域移行支援・地域定着支援に従事する者			
従業者の職種・人数	(単位:人)	相談支援専門員	その他の者	
	専従	兼務	専従	兼務
	従業者数	2		
	非常勤		2	
	常勤換算後の人数	0.8	0.8	
※基準上の必要人数		みなし指定	○有 ●無	
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 checked="" type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日		
	営業時間	平日 09:00 ~ 17:00 土曜 09:00 ~ 13:00 備考 日曜 ~ 祝日 ~		
	主たる対象者	<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		
	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		
その他参考となる事項	同一敷地内の事業の実施状況	地域移行支援 地域定着支援 特定相談支援 障害児相談支援 ●有 ○無 ●有 ○無 ●有 ○無 ●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)	専用携帯電話を輪番制で職員が持ち、常時連絡が取れる制度をとる。		
	緊急時一時滞在(地域定着支援のみ)	○居室有 ●居室無	他事業所への委託の有無	●有 ○無 委託先 ○〇ホーム
	体験的な宿泊の実施(地域移行支援のみ)	●有 ○無	他事業所への委託の有無	●有 ○無 委託先 ○〇ホーム

・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。

・当該事業の実施を定めている定款等の条項を記入。

・半角かなで入力。

・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は、記載してください。

・半角かなで入力。

・従事する相談支援専門員、その他の者の勤務形態を記入してください。

・相談支援専門員、その他の者が他事業所等の職員と兼務している場合「有」にチェックしてください。

・運営規程に定めた「通常の実施地域」を記載してください。

・同一敷地内で実施する相談支援があれば「有」にチェックしてください。

・地域定着支援について記入してください。

・地域移行支援について記入してください。

(備考)

- ※のついた欄は、記入しないでください。
- 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載して下さい。
- 当該指定相談支援サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定相談支援サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

注