

※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、下の申請書に必要な事項

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

・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ください。

(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

指定障害福祉サービス事業所: 指定申請書

※受付番号
※指定市町村番号

平成25年4月1日

※神奈川県使用欄

事業所番号 11
サービス種類
異動区分
異動年月日
支払方法
社福・A型減免 ☐

CSV出力

CSV取込

・提出日を入力。

・入力不要です。

・法人代表者印を押印。

・半角カタで入力。

・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。

・半角カタで入力。

・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

・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、障害者総合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。

(申請先) 川崎市長
(申請者) 所在地 平塚市 神奈川・川崎・相模原・横浜市の場合は、指定申請先の市長名に変更してください。
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

表法人印代

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する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。

指定障害福祉サービス事業所

申請者(設置者)	フリガナ	シャカイフクシホウシンカケワフクシカイ		
	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-**** 平塚市〇〇町1-234		
	連絡先	電話番号	0463-**-****	FAX番号
代表者	法人の種類	社会福祉法人(社協以外)		
	役職	理事長		
	氏名	神奈川 一郎		
指定を受けようとする事業所(施設)の種類	住所	〒254-**** 平塚市△△町23-456		
	フリガナ	カナガワフクシホウシンカケワフクシカイ		
	名称	かながわ〇△ホームヘルプ		
事業所(施設)の所在地	事業所(施設)の所在地	〒248-**** 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		
	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25年5月1日	付表
主たる事業所名称	主たる事業所名称	かながわ〇△ホームヘルプ		
	サービスの種類	事業所番号		
	事業所名称	事業所番号		
指定有効開始年月日	指定有効開始年月日	平成25年5月1日	指定有効終了年月日	平成31年4月30日
	指定更新申請中区分	〇 有 ● 無		
	効力停止開始年月	効力停止終了年月		

(備考)

- 「※」のついた欄には記載しないでください。
- 「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。
- 「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。
- 「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。
- 「同一の法律において既に指定を受けている場合」欄には、神奈川県内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

Ver.050

※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 22 日

申請者 (債権者)	法人名称	社会福祉法人かながわ福祉会			<p>・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。</p> <p>表 法 者 人 印 代</p>
	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		<p>・不明な場合はご利用の金融機関にご確認</p>
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	フク)カガワフクシカイリシチョウカナガワイチロウ		<p>・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(半角カタカナ)。</p>	
	名義人氏名	社会福祉法人かながわ福祉会理事長神奈川一郎			
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 22 日	<p>・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。</p> <p>・押印忘れないようにしてください。</p>			
	委任者	神奈川 一郎		印	

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(加付)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	名称	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-**-****
	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	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		<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 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
		勤務時間	4時間/日
提供サービス	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・人数	（単位：人）		
	専従	兼務	その他の従業者
	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"/>
		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		
その他の参考となる事項	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）	0466-**-****
		担当者	大和 太郎
※加算等	特定事業所加算区分	<input type="radio"/> I <input type="radio"/> II <input type="radio"/> III <input checked="" type="radio"/> 無	
	処遇改善加算	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	
	処遇改善特別加算	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 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

・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において兼務する場合は入力。

複数名いる場合、筆頭の者

・半角数字で入力。

・番地等の数字を含め全

・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。

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

付表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 提示 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"/> 通院等乗降援助 <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. 「主な提示事項」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	〒 240-**** ←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				
定款第○条第○項				
管理者	氏名	神奈川 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 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	
	常勤	1	1	1
	非常勤			8
常勤換算後の人数	1.5			
※基準上の必要人数	5.5			
単位1	専従	兼務	専従	
	兼務	専従	兼務	
	常勤	14	22	
	非常勤	2	8	
	常勤換算後の人数	14.8		
	※基準上の必要人数	27.2		
	前年度の平均利用者数	50		
	単位ごとの利用定員	50		
	※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	※単位番号			
療養介護全体の利用定員				
50 人				
前年度の平均利用者数				
50 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		
	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-**-****		
※加算等	※みなし指定の有無	○ 有 ● 無		
	※人員配置体制加算	○ 有 ● 無		
	旧法施設定員数	人		
	福祉専門職配置加算	● 無 ○ I ○ II		
処遇改善加算	○ 有 ● 無			
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。

・当該事業の実施を定めている定款等の

・半角がけで入力。

・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。

・半角がけで入力。

・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

・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 多機能型事業所実施時は、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	〒 240-****	←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 0487-**-****	FAX番号 0487-**-****						
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	〒 240-****	←郵便番号を半角数字7桁で入力してください						
	当該生活介護事業所兼務する他の職種（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						
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						
従業者の職種（人数）	サービス管理責任者	専従	兼務						
	医師	専従	兼務						
	従業者数	常勤 1	非常勤 1						
	常勤換算後の人数	1							
単位1	（単位：人）	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	従業者数	常勤 2	非常勤 1	常勤 1				常勤 2	非常勤 4
	常勤換算後の人数	2		0.1				6	
	※基準上の必要人数								
	（単位：人）	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	非常勤	常勤	非常勤	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	○ 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）							
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								
営業日	月 火 水 木 金 土 日								
営業時間	平日 08:00 ~ 17:00 土曜 ~ 日曜 ~ 備考								
主たる対象者	身体障害者 知覚障害者 精神障害者 身体障害者 知覚障害者 精神障害者								
※利用定員超過減算	○有 ●無 ※減算対象減算 ○有 ●無 ※減算対象減算								
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）								
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）								
多機能型実施の有無	○有 ●無								
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								
主な提示事項	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） 0487-**-**** 担当者 大和 太郎							
	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	内科				
	名称		主 診 療 科 名						
※施設等の区分		※障害児施設区分							
※みなし指定の有無		○有 ●無							
延長支援加算		○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							
リハビリテーション加算		○有 ●無							
人員配置体制加算		○有 ●無							
重度知的障害児収容枠設置		○有 ●無							
心理担当職員配置加算		○有 ●無							
送迎加算		○有 ●無							
児童発達支援管理責任者等任加算		○有 ●無							
看護職員配置加算		○有 ●無							
自活訓練加算（Ⅰ）		○有 ●無							
処遇改善加算		○有 ●無							
処遇改善特別加算		○有 ●無							
※大規模住居等減算		○有 ●無							
旧法施設定員数		人							
保障単位数（A割保障）		単位							
福祉専門職配置加算		○有 ●無							
職業指導員体制加算		○有 ●無							
肢体不自由児施設 重度介護施設有無		○有 ●無							
小規模グループケア加算		○有 ●無							
送迎加算（重度）		○有 ●無							
栄養士配置加算		○有 ●無							
強度行動障害者特別支援加算		○有 ●無							
自活訓練加算（Ⅱ）		○有 ●無							
処遇改善加算		○有 ●無							
キャリアパス区分		○有 ●無							
主たるサービス種類		○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。

・当該事業の実施を定めている定款等の条項を入力。

・半角加で入力。

・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。

・半角加で入力。

・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」は保健師、看護師、准看護師を指します。
 - 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。
 - 「主な提示事項」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		～		土曜		～		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			
		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		～		土曜		～		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			
		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		～		土曜		～		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			
		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入力。

「※」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										

（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。
- 「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

・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。

●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	フリガナ	かながわマホウシンケンセツ						
	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						
管理者	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							
	フリガナ	かながわマホウ						
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					
		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						
	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	㎡						
	サービス							
従業者の職種・員数	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
	従業者数	常勤	1					
	非常勤		1			1		
	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	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
	従業者数	常勤						6
	非常勤		1			1		6
常勤換算後の人数	0.2		0.2		8.6			
※基準上の必要人数								
主な提示事項	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	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無					
		苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)	0467-**-****				
			担当者	大和 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	精神科			
		名称		主な診療科名	内科			
	※加算等	利用定員超過減算	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	職員欠如減算	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	食事提供体制加算	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	
医療型		<input type="checkbox"/>	単独型加算	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無				
栄養士配置加算		<input type="radio"/> 常勤管理栄養士 <input type="radio"/> 常勤栄養士 <input type="radio"/> その他栄養士 <input checked="" type="radio"/> 無						
緊急短期入所体制確保加算		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	送迎加算	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無				
処遇改善加算		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	処遇改善加算	キャリアパス区分				
処遇改善特別加算		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	主たる事業所サービス種類コード1					
			主たる事業所サービス種類コード2					

・様式第1号に入力した内容が自動的に反映されます。直接入力ではできません。

・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。

・半角フリガナで入力。

・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。

- (備考)
1. 「※」がついた欄には、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」欄は推定数を記入してください。
 3. 「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。
 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 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										
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 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 藤沢市■町1-234							
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 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					
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。

- 「※」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】

・様式第1号に入力した内容が自動的に反映されます。直接入力ではできません。

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					・半角数字で入力。
	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-**-****		・半角カタで入力。
	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	かがわに					・番地等の数字を含め全て全角入力。
	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		・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。	
		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					・共同生活介護の申請時は共同生活介護対象利用定員を、共同生活援助の申請時は共同生活援助対象利用者の定員を記載してください。＊居室数ではありません。
	住所	〒 242-****	←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	世話人		生活支援員		サービス管理責任者		・複数名いる場合筆頭の者について記載してください。
	専従		専従		専従		
	兼務		兼務		兼務		
	常勤		常勤		常勤		
従業員数		1	2	2	1		・番地等の数字を含め全て全角入力。
非常勤		2	4				
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		かながわ△△支援施設			
	所在地	神奈川県鎌倉市△△町1-234-567					
	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		
	その他						
協力医療機関	名称	△△病院		主 診療科名	内科		
	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					
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		単位	
	自立生活支援加算	○有 ●無		保障単位（原則保障）			
	旧施設定員数	人		通勤者生活支援加算		○有 ●無	
	福祉専門職配置加算	●無 ○Ⅰ ○Ⅱ		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		単位	
	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、複数の共同生活介護がある場合、当該事業所からいずれの共同生活介護に於いても、最も対応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。

【記載例】

その2-1

		枚中		枚目	
フリガナ	タニカガワワタルンカホーム				
名称	※単位番号				
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	0487-**-****	FAX番号	0487-**-****	
建物の形態	鎌倉 一男				
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="button" value="その他の場合"/>				
②建物所有者名					
③賃貸借契約の内容	敷金	0	円	礼金	0
	契約期間	10	年	貸借料がない理由	
④住居の利用定員	8人				
⑤居室数	7室 (うち個室)				
⑥入居者1人あたりの居室の最小床面積	15.8㎡				
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	運営規定に定めるとおり				
その他費用	運営規定に定めるとおり				
※加算等	重度障害者支援加算	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無			
	CH夜間支援体制加算Ⅰ	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無			
	CH夜間支援体制加算Ⅱ	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無			
	CH夜間防災・緊急時支援体制加算Ⅰ	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無			
	CH夜間防災・緊急時支援体制加算Ⅱ	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無			
	大規模住居等減算	<input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 定員8人以上 <input type="radio"/> 定員21人以上 <input type="radio"/> 定員21人以上(一体的な運営が行われている場合)			
フリガナ	タニカガワワタルンカホーム				
名称	※単位番号				
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	0487-**-****	FAX番号	0487-**-****	
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="button" value="その他の場合"/>				
②建物所有者名	鎌倉 花子				
③賃貸借契約の内容	敷金	0	円	礼金	0
	契約期間	15	年	貸借料がない理由	
④住居の利用定員	7人				
⑤居室数	9室 (うち個室)				
⑥入居者1人あたりの居室の最小床面積	18㎡				
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	運営規定に定めるとおり				
その他費用	運営規定に定めるとおり				
※加算等	重度障害者支援加算	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無			
	CH夜間支援体制加算Ⅰ	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無			
	CH夜間支援体制加算Ⅱ	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無			
	CH夜間防災・緊急時支援体制加算Ⅰ	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無			
	CH夜間防災・緊急時支援体制加算Ⅱ	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無			
	大規模住居等減算	<input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 定員8人以上 <input type="radio"/> 定員21人以上 <input type="radio"/> 定員21人以上(一体的な運営が行われている場合)			

・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	かながわ△△△△△△△△△△											
	名称	かながわ△△△△△△△△△△											
	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	FAX番号										
	フリガナ	かながわ△△△△△△△△△△											
	氏名	神奈川 二郎											
管理者	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											
	住 所	神奈川県鎌倉市○町1-234											
	住 所	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										
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										
従業者の職種・員数	リーベス 管理責任者	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		専従	兼務	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
	医師	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		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
	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
		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
理学療法士等	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	
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	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	
職業指導員	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	
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	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	
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	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	
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											
	知的障害者	□ 精神障害者 □											
	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 診 療 科 名	内科	精神科								
	名称	×□病院	主 診 療 科 名	内科									
	名称		主 診 療 科 名										
	名称		主 診 療 科 名										
	名称		主 診 療 科 名										
※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。

・半角数字で入力。

・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)

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業者の合計数を記載してください。
6. 「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。

●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

		※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							
	屋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		単位の有無 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無 前年度の平均利用者数 人 30 人 人 20 人 人 人 人 人 屋間多機能の有無 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無 屋間の総定員数 50 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									
前年度の平均実利用者数	サービス単位1	<input type="radio"/> 該当なし <input type="radio"/> 4未満 <input checked="" type="radio"/> 4以上5未満 <input type="radio"/> 5以上							
	サービス単位2	<input checked="" type="radio"/> 該当なし <input type="radio"/> 4未満 <input type="radio"/> 4以上5未満 <input type="radio"/> 5以上							
	サービス単位3	<input checked="" type="radio"/> 該当なし <input type="radio"/> 4未満 <input type="radio"/> 4以上5未満 <input type="radio"/> 5以上							
	サービス単位4	<input checked="" type="radio"/> 該当なし <input type="radio"/> 4未満 <input type="radio"/> 4以上5未満 <input type="radio"/> 5以上							
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							
	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	合計	OT・PT	機能訓練指導員	専従 兼務	専従 兼務
	従業者数	1 1		1					
	非常勤		1	2	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	兼数官	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								
	(単位：人)	その他の従業者							
		専従 兼務	専従 兼務	専従 兼務	専従 兼務	専従 兼務	専従 兼務	専従 兼務	
	従業者数								
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	<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 主曜 ~ 備考 日曜 ~ 祝日 ~								
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 checked="" type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 精神障害者								

・様式第1号、付表8その1から転記されます。直接入力できません。

・当該施設に係る屋間実施サービスについて記載してください。

・屋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。

・実施する屋間実施サービス(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. 「屋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。

注

●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		校中		校目		
単位 2	(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	合計	〇 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
	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																	
	(単位：人)	職業指導員		右記以外		兼教官		合計		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	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																	
	(単位：人)	その他の従業者																
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	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		～		18:00		土曜		～				備考				
	日曜			～				祝日		～								
主たる対象者	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		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	(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	合計	〇 T ・ P T	機能訓練指導員	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)	職業指導員		右記以外		兼教官		合計		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	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)	その他の従業者															
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	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		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

【記載例】

付表 8 その3 施設入所支援に係る記載事項

施設	名称	かがみろくさくしゅうろくしん かながわ△△支援施設		
	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1-23		
	連絡先	電話番号	0467-**-**** FAX番号 0467-**-****	
管理者	氏名	かがみろく 神奈川 三郎		
	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	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	10 m ² 短期入所実施の有無	
		廊下の幅	3 m ○有 ●無	
旧法施設からの移行の場合	施設名	かながわ△△支援施設	知的障害者入所更生施設	
		施設種別		特定旧法受給者数
		経過措置の有無		○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		
※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 ●無 ○Ⅰ ○Ⅱ	
※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1	サービス管理責任者			※単位番号
	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			
	（単位：人）			
	従業者数 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 60 人 ※基準上の必要定員 人			
主たる対象者				
身体障害者				
□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				
施設障害福祉サービスの種類				
単位2	サービス管理責任者			※単位番号
	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			
	（単位：人）			
	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 人 ※基準上の必要定員 人			
主たる対象者				
身体障害者				
□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				
施設障害福祉サービスの種類				
単位3	サービス管理責任者			※単位番号
	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			
	（単位：人）			
	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 人 ※基準上の必要定員 人			
主たる対象者				
身体障害者				
□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				

・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。

注

●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

・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。

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1 2 3									
	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	神奈川三郎									
	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									
	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								
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2-5 6									
従業者の職種・員数	（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	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
	（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	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
	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）								
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 ☑ 細かなし ☐ 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									
		窓口（連絡先） 0467-****									
		担当者 かわさき三郎									
協力医療機関		△○病院 主 な 診療科名 内科 精神科									
		×■病院 主 な 診療科名 内科									
		主 な 診療科名									
※加算等	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	旧法施設定員数 人								
	利用日数特別届出有無	○ 有 ● 無	保障単位数 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 ○ 無 ○ I ○ II								
	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									

・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。

・全角数字で入力。

・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。

・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＞
- 「※」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。
 - 「主な掲載事項」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での兼務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。

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）事業所		※受付番号		
事業所	名称	かながわ△△生活訓練				
	所在地	〒240-0000 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						
管理者	氏名	神奈川二郎				
	住所	〒248-0000 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						
管理責任者	氏名	よこはま太郎				
	住所	〒232-0000 神奈川県横浜市南区△△町2-56				
従業者の職数	サービス管理責任者		看護職員		生活支援員	
	(単位：人)				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	1	1	2	2	
	常勤換算後の人数		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 ~ 日曜 ~ 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 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 診療科名 内科 名称 ×■医院 主 診療科名 精神科 名称 主 診療科名 内科				
	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					
※加算等	標準利用期間超過減算		利用定員超過減算		職員欠如減算	
	○ 有 ● 無		○ 有 ● 無		○ 有 ● 無	
	食事提供体制加算		旧法施設定員数		単位	
	○ 有 ● 無		保障単位数（9割保障）			
	利用日数特別届出有無		利用日数特別終了年月1			
	○ 有 ● 無		利用日数特別終了年月2			
	利用日数特別開始年月1		利用日数特別終了年月3			
	利用日数特別開始年月2		利用日数特別終了年月4			
	福祉専門職配置加算		自治体自立訓練機関防災・緊急時支援体制加算（I）		○ 有 ● 無	
	送迎加算		看護職員配置加算		○ 有 ● 無	
○ 有 ● 無		処遇改善加算				
○ 有 ● 無		キャリアパス区分				
○ 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。

・半角がはで入力。

・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、施設内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。

●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

* 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									
	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					
			通所		訪問							
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
	従業者数	常勤										
	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	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	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					
サ-ビス 管理責任者	氏名	ヨコハマ太郎				
	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				
従業者の 員数	(単位:人)					
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	1		2		1	2
	1		1		1	
※基準上の必要人数		1.6				
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 提示事項	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	知的障害者	精神障害者	その他	
	□特定なし	身体障害者	知的障害者	精神障害者	その他	
	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 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	診療科名	内科	
	名称	×■医院	診療科名	精神科		
	名称		診療科名	内科		
提携就労支援機関						
※加算等	移行準備支援体制加算Ⅰ		○有 ●無		就労移行支援体制加算区分	
	移行準備支援体制加算Ⅱ		○有 ●無		精神障害者退院支援施設加算	
					○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	
	食事提供体制加算		○有 ●無		○有 ●無	
	利用日数特例届出有無		○有 ●無		旧法施設定員数	
	利用日数特例開始年月1				保障単位数	
	利用日数特例開始年月2				(○制保障)	
	利用日数特例開始年月3				単位	
	利用日数特例開始年月4					
	福祉専門職員配置等加算		●無 ○Ⅰ ○Ⅱ		就労定着支援加算	
	送迎加算		○有 ●無		○有 ●無	
	処遇改善加算		○有 ●無		就労定着支援区分	
	処遇改善特別加算		○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		

・様式第1号に入力した内容が転載されます。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。
- 「主な提示事項」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。
- 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・寄附行為又は条例等						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				
サービス責任者	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 神奈川県横浜市内南区△△町2-56					
従業者の職数	(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
		1	2	1	2		
		2	1				
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				
	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"/>				
	<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				
	協力医療機関		主たる診療科名 内科 主たる診療科名 精神科 主たる診療科名 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)				
※加算等	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		職員欠如減算 ○有 ●無		
	利用日数特別届出有無		○有 ●無		旧法施設定員数 人		
	利用日数特別開始年月1				保障単位数 (9割保障) 単位		
	利用日数特別開始年月2				利用日数特別終了年月1		
	利用日数特別開始年月3				利用日数特別終了年月2		
	利用日数特別開始年月4				利用日数特別終了年月3		
	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		
	福祉専門職員配置等加算		●無 ○I ○II		目標工賃達成指導員配置加算 ○有 ●無		
	重度者支援体制加算		送迎加算 ○有 ●無		処遇改善加算		
処遇改善加算		○有 ●無		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。

・半角カタカナで入力。

・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）

- 「※」のついた欄には、記載しないでください。
- 「併設する施設が名称及び概要」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と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。

●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	かながわマルサスカジュアルデザイン							
	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■■■12-4-5-678							
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	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		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	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		○有 ○無							
申請に係る事業所	フリガナ	かながわ△口事業所							
	名称	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	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△口事業所							
	名称	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123-4-567							
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△口就労支援							
	名称	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	〒 ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください							
	住所								
	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					
管理責任者	フリガナ								
	氏名	〒 ←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	前年度の平均実利用者数	サービス単位1	施設が申告する障害程度区分の平均値 ● 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

従業員の職種・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			
(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	従業員数	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		兼数官	
(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	従業員数	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															
			その他の従業員													
			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	従業員数	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	0467-0000-****	
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		定款第〇条第〇項		
管理者	氏名	かながわ 藤沢花子		
	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	〒 248-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください 神奈川県平塚市〇〇町1-23		
従業者の職種・人数	地域移行支援・地域定着支援に従事する者			
	相談支援専門員		その他の者	
	専従	兼務	専従	
	専従	兼務	専従	
	専従	兼務	専従	
常勤	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 ~ 18:00 日曜 ~ 備考		
	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	地域相談支援			
	地域移行支援	地域定着支援	特定相談支援	
	●有 ○無	●有 ○無	●有 ○無	
	●有 ○無	●有 ○無	●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