

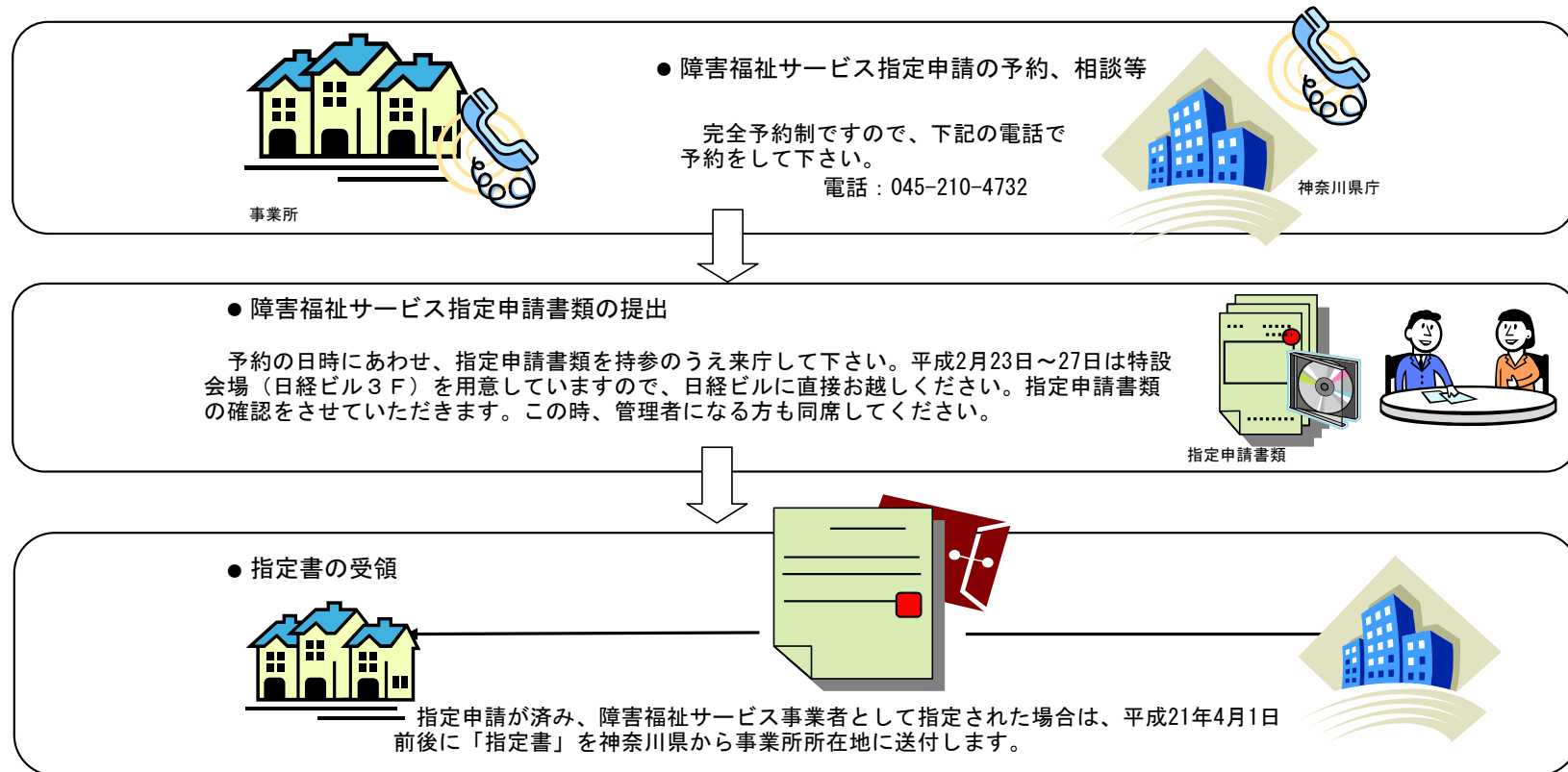
平成21年4月1日指定予定事業者等に係る指定申請手続説明会

## 指定障害福祉サービス事業所等 指定申請書の記載方法等について

- ・ 付表のダウンロードについて
- ・ 書類を揃える際の留意事項について
- ・ 付表記載の留意事項について
- ・ 平成21年4月以降の報酬改定と「体制の届出」の提出方法について

平成21年 2 月  
神奈川県保健福祉部障害福祉課

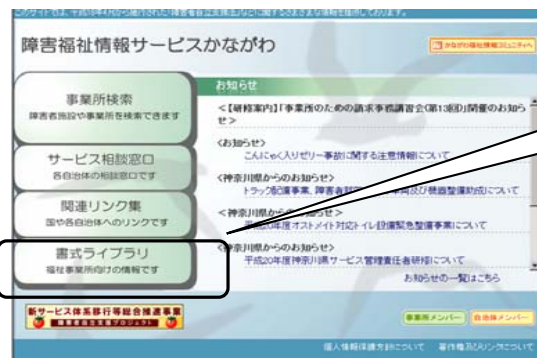
## 1 障害者自立支援法における障害福祉サービス事業所指定申請の流れ



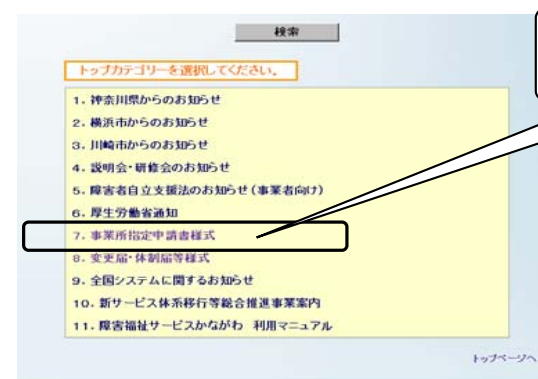
## 2 障害福祉サービス事業所指定申請のための必要書類

指定申請に必要な書類はインターネットサイト「障害福祉情報サービスかながわ」 (<http://www.rakuraku.or.jp/shienhi/default.asp>) にすべて掲載されてありますので、ダウンロード、入力、印刷し持参してください。

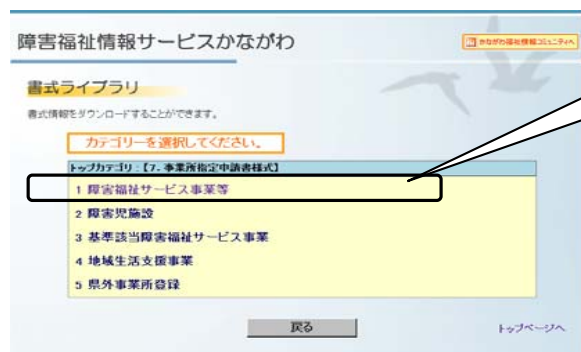
様式第1号、口座振替の依頼書、付表は電子データも必要です。



「書式ライブラリ」をクリックします。



「7. 事業所指定申請書様式」をクリックします。



2

登録日付	文書名	文書内容	サイズ	形式	
2008/11/20	障害者自立支援法の障害福祉サービス事業所等の指定申請について	障害者自立支援法上の障害福祉サービス事業所等の指定申請の流れ、手続き等の説明です。指定申請を考えている場合はご覧ください。	156KB	PDF	ダウンロード
2007/08/01	新規事業所指定申請時の必要書類一覧	新規事業所指定申請時に必要な書類の一覧とその説明です。	120KB	PDF	ダウンロード
2006/10/08	指定障害福祉サービス事業者等指定申請書様式	指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設、指定相談支援事業者の新規指定に係る申請書様式です。	2MB	EXCEL2000	ダウンロード
2008/02/04	指定障害福祉サービス事業所等指定申請書(記載例)	障害福祉サービスの指定申請書の記載例です。	702KB	PDF	ダウンロード
2007/02/28	指定申請 添付書類様式	指定申請時に必要な添付書類の様式集です。	271KB	EXCEL2000	ダウンロード
2008/02/04	指定障害福祉サービス事業所等指定申請(添付書類の記載例)	障害福祉サービス指定申請に必要な添付書類の記載例です。	383KB	PDF	ダウンロード
2007/10/12	管理者誓約書<障害者支援施設用>	新規指定申請、管理者の変更届の際、必要となる添付書類です。	20KB	WORD2000	ダウンロード
2007/10/12	管理者誓約書<障害福祉サービス事業所用>	新規指定申請、管理者の変更届の際、必要となる添付書類です。	26KB	WORD2000	ダウンロード
2007/10/12	管理者誓約書<相談支援事業所用>	新規指定申請、管理者の変更届の際、必要となる添付書類です。	19KB	WORD2000	ダウンロード

←事業所指定申請の流れを説明してあります。

←事業所指定申請に必要な書類の一覧表です。

←様式第1号、口座振替の依頼書、各付表のエクセル入力表です。このエクセルはデータでも提出が必要です。

←様式第1号、口座振替の依頼書、各付表の記載例です。

←添付書類の様式です。

←添付書類の記載例です。

←管理者の誓約書です。(障害者支援施設用)

←管理者の誓約書です。(障害福祉サービス用)

←管理者の誓約書です。(相談支援事業所用)

### 3 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。



# 平成21年4月1日指定予定事業所向け 主なサービスの必要申請書類一覧

	居宅・重 訪・行動	生活介護	児童デイ	短期入所	共同生活 介護	自立訓練 (機能)	自立訓練 (生活)	就労移行 支援	就労継続 支援 A B	共同生活 援助	施設入所 支援	メモ
様式第1号 (申請書)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
別紙	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
口座振込(変更)依頼書	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
各種付表	付表1 1-2	付表3 3-2	付表4	付表5	付表7	付表9 9-2	付表10 10-2	付表11 11-2	付表12 12-2	付表7	付表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13 13-2			
定款、登記簿謄本等	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
運営規程	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
参考様式1 (平面図)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
参考様式2 (面積)		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
参考様式3 (設備)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
参考様式4 (経歴書)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
参考様式5 (実務経験)	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	
参考様式6 (苦情解決)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
別紙2 (勤務形態)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
参考様式7 (組織体制)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
参考様式8 (主たる対象者)	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	
参考様式9 (誓約書)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
別紙 (役員名簿)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
参考様式10 (協力医療)		○		○	○	○	○	○	○	○	○	
参考様式11 (支援体制)					○					○		
管理者の誓約書	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
資産の状況	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
その他必要なもの	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
介護給付費算定に係る体制等に 関する届出書		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

\*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)	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

・各々▼ボタンをクリックし、プルダウンメニューから申請する種類等を選択します。

※神奈川県使用欄

事業所番号	
サービス種類	22
異動区分	
異動年月日	
支払方法	
社福・A型減免	<input type="checkbox"/>

(様式第1号)

※受付番号

## 障害福祉サービス事業所 指定申請書

(申請先)

神奈川県知事

(申請者)

所在地 神奈川県横浜市中区日本大通1

名称 社会福祉法人かながわ福祉会

代表者氏名 理事長 かながわ一郎

平成21年2月25日

・申請書を提出する日を必ず記載してください。

・入力不要です。

印

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

申請者(設置者)	フリガナ	シカイクワシホジンカナガワフクカイ			・半角カタカナ	
	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	〒 231-8588	←郵便番号を半角数字7桁で記載してください		・数字も全角入力	
		神奈川県横浜市中区日本大通1				
	連絡先	電話番号	045-210-1111	FAX番号	045-201-2051	
指定を受けようとする事業所・施設の種類の	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	氏名	理事長			
			かながわ一郎			
			〒 254-****	←郵便番号を半角数字7桁で記載してください		・数字も全角入力
			神奈川県平塚市〇〇町9-△ 〇〇マンション401			
指定を受けようとする事業所・施設の種類の	フリガナ	カナガワフクカイイフカイゴジキョウシヨ			・半角カタカナ	
	名称	かながわ福祉会生活介護事業所				
	事業所(施設)の所在地	〒 248-****	※事業所(施設)所在地市町村番号		※級地区分	
		神奈川県鎌倉市△△町18-□				
	事業等の種類	指定障害福祉サービス事業所				
主たる事業所名称	生活介護	指定申請をする事業等の事業開始予定年月日	付表	備考		
		平成21年4月1日	3			
	事業所番号	必ず記載				

・数字も全角入力

・必ず記載

(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・施設の種類の」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。

多機能型の場合、登録できる口座は1つのみになります(1つの事業所番号に1つの口座情報となります)

## 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	21	年	2	月	25	日
----	----	---	---	---	----	---

申請者（債権者）	法人名称	社会福祉法人かながわ福祉会		
	郵便番号	〒	231-8588	←郵便番号を半角数字7桁で入力してください。
	所在地	神奈川県横浜市中区日本大通1		
	代表者氏名	かながわ一郎		
	事業所名称	かながわ福祉会生活介護事業所		
	事業所番号	<div style="border: 1px dashed blue; width: 500px; height: 20px; margin: 5px 0;"></div>		
	対象事業名			

・入力不要  
です。

・ご利用の金融機関にご確認ください。金融機関コードはインターネットでも調べられます。

振込先	金融機関名		△○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	フリカ	フリカガワフクシカイ		30文字		
		氏名	社会福祉法人かながわ福祉会理事長		20文字		

・口座名義は、このフリガナの名義で登録しますので、通帳のフリガナ欄を確認のうえ、正確に入力(半角カタカナ)してください。

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          年          月          日

委任者

印

・申請者と口座名義人はことなる場合は、申請者による委任をおこなってください。

振込エラー防止のため

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

以下に、取引金融機関の確認印を受けてください。

上記口座が存在することを確認しました。

金融機関名

確認年.月.日

確認印

・銀行の確認印でも構いませんが、通帳の口座名義人欄(カ効ナ)部分の写しの添付(別添可)が簡易です。



付表3 生活介護事業所の指定に係る記載事項

- \*1 従たる事業所のある場合は、付表3-2を併せて提出してください。  
 \*2 多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表13を併せて提出してください。

※受付番号

## 生活介護

障害者支援施設で昼間実施サービスで「生活介護」を行う場合は「施設入所支援」の他に「生活介護」の申請も必要です。

事業所	フリガナ	かながわ福祉会生活介護事業所																
	名称	かながわ福祉会生活介護事業所																
	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18-□																
	連絡先	電話番号	0467-**-****				FAX番号	0467-**-****										
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等又は条例等												定款	第○条第△項					
管理者	フリガナ	かながわ二										・半角かな						
	氏名	かながわ二										・半角かな						
	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9-12																
	当該生活介護事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）																	
	他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合記入）											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	ヨコハマ太郎										・半角かな						
	氏名	よこはま太郎										・半角かな						
・員数（共通）	（単位：人）	専従 兼務 専従 兼務										・全角						
	従業者数	常勤	1															
単位1	常勤換算後の人数	1																
	※基準上の必要人数	1																
	（単位：人）	看護職員	専従	兼務	専従	兼務	作業療法士	専従	兼務	機能訓練指導員	専従	兼務						
	従業者数	常勤	2							2	4							
	非常勤	1									8							
	常勤換算後の人数	2									6							
	※基準上の必要人数	2																
	（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						
	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													※単位番号					
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	～	備考	
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	
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	※人員配置区分	
生活介護全体の利用定員												24	人					
前年度の平均利用者数												22	人（事業所全体の利用者数。＊新規の場合は推定数）					
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						
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	外科	歯科			
	名称	×■医院										主 な 診療科名	内科					
	名称											主 な 診療科名						
※加算等	新事業移行施設区分	○ 該当 ● 非該当										視覚・聴覚言語障害者支援加算	○ 有 ● 無					
	食事提供体制加算	○ 有 ● 無										旧法施設定員数	人					
	利用日数特例届出有無	○ 有 ● 無										保障単位数	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							

・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。

・単位ごとの情報を記載してください。単位を設定しない場合で、従たる事業所がある場合は、従たる事業所の職員も含めて全体を記入します。

・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。

事業所全体の数値を記載してください。従たる事業所の定員数も含めます。

・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。
- 「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。
- 「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。

(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

生活介護に単位を設定する場合に記載します。単位を設定しない場合は作成の必要はありません。

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

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	専従	専従	専従	専従	専従	
	兼務	兼務	兼務	兼務	兼務	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:人)	精神保健福祉士					
	専従	専従	専従	専従	専従	専従	
	兼務	兼務	兼務	兼務	兼務	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	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日						
営業時間	平日	～	土曜	～	備考		
	日曜	～	祝日	～			
主たる対象者	身体障害者	<input type="checkbox"/> 細分なし	<input type="checkbox"/> 肢体不自由	<input type="checkbox"/> 視覚障害	<input type="checkbox"/> 聴覚・言語	<input type="checkbox"/> 内部障害	
	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 ※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	専従	専従	専従	専従	専従	
	兼務	兼務	兼務	兼務	兼務	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:人)	精神保健福祉士	2単位以上設定しない場合は、以下は空欄です。				
	専従	専従					専従
	兼務	兼務					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	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日						
営業時間	平日	～	土曜	～	備考		
	日曜	～	祝日	～			
主たる対象者	身体障害者	<input type="checkbox"/> 細分なし	<input type="checkbox"/> 肢体不自由	<input type="checkbox"/> 視覚障害	<input type="checkbox"/> 聴覚・言語	<input type="checkbox"/> 内部障害	
	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 ※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	専従	専従	専従	専従	専従	
	兼務	兼務	兼務	兼務	兼務	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:人)	精神保健福祉士					
	専従	専従	専従	専従	専従	専従	
	兼務	兼務	兼務	兼務	兼務	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	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日						
営業時間	平日	～	土曜	～	備考		
	日曜	～	祝日	～			
主たる対象者	身体障害者	<input type="checkbox"/> 細分なし	<input type="checkbox"/> 肢体不自由	<input type="checkbox"/> 視覚障害	<input type="checkbox"/> 聴覚・言語	<input type="checkbox"/> 内部障害	
	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 ※人員配置区分						



従たる事業所がある場合「付表〇-2」も作成します。従たる事業所がない場合は必要ありません。

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	フリガナ	かがわ福祉会生活介護事業所 分館																								
	名称	かながわ福祉会生活介護事業所 分館																								
	所在地	〒 248-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください 神奈川県鎌倉市〇〇町1-〇																								
従業者の職種・員数	連絡先	電話番号	0467-****-####				FAX番号	0467-????-####																		
	(単位:人)	医師	専従		兼務		サービス管理責任者	専従		兼務		看護職員	専従		兼務		理学療法士	専従		兼務		作業療法士	専従		兼務	
		従業者数	常勤		1																					
		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	専従		兼務		生活支援員	専従		兼務		精神保健福祉士	専従		兼務											
		従業者数	常勤		2		1																			
		非常勤			3																					
		常勤換算後の人数			3																					
		※基準上の必要人数																								
	従たる事業所の利用定員		10		人																					

従たる事業所に  
関わる職員を記  
載します。

従たる事業所の  
定員を記載しま  
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. 「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。

付表12 就労継続支援事業所の指定に係る記載事項

## 就労継続支援B型

- \* 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。

事業所	フリガナ	かながわ福祉会就労継続支援事業所										
	名称	かながわ福祉会就労継続支援事業所										
	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												定款 第〇条第△項
管理者	フリガナ	かながわ二郎										
	氏名	かながわ二郎										
	住所	〒 248-****	←郵便番号を半角数字7桁で入力してください									
	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	管理者		兼務する職種	かながわ〇〇生活介護		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										
従業者の職数	住所	〒 232-****	←郵便番号を半角数字7桁で入力してください									
	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	
	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	
	従業者数	常勤	1		1	2						
	非常勤		2		1							
主な掲示事項	常勤換算後の人数	2		2.3								
	※基準上の必要人数											
就労継続支援全体の利用定員												24 人
前年度の平均利用者数												22 人（※新規の場合は、推定数）
主な掲示事項	多機能型実施の有無	● 有 ○ 無										
	利用定員	22 人 ※基準上の必要定員 人										
	主たる対象者	身体障害者	<input type="checkbox"/> 細分なし	<input type="checkbox"/> 肢体不自由	<input type="checkbox"/> 視覚障害	<input type="checkbox"/> 聴覚・言語	<input type="checkbox"/> 内部障害					
	<input checked="" type="checkbox"/> 特定なし	知的障害者	<input checked="" 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									
	苦情解決の措置概要	窓口（連絡先）	0467-**-****		担当者	かわさき三郎						
	その他											
	協力医療機関	名称	△〇病院		主 診療科名	内科		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	就労移行支援体制加算	○ 有 ● 無										
	施設等の区分（B型）	● 一般 ○ 強化型										
	新事業移行施設区分	○ 該当 ● 非該当	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	○ 有 ● 無	視覚・聴覚言語障害者支援体制加算	○ 有 ● 無								
	食事提供体制加算	○ 有 ● 無	旧法施設定員数	人								
	利用日数特例届出有無	○ 有 ● 無	保障単位数	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								
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							
	開始年月日			終了年月日								

・管理者が当該事業所や他事業所等において兼務する場合、記載してください。

・添付する勤務表と合致するように記載してください。

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

(備考)

- ※のついた欄には、記載しないでください。
- 併設する施設の名称及び概要欄には、施設の目的及び提供するサービスの内容等を記載してください。
- 「主な掲示事項」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。

多機能型の場合、それぞれの申請にあたって「付表13」が必要になります。

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	15人	人	人	人	人	人	10人
	25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	カガワフクシカセイホカイゴシギョウジョ							
	名称	かながわ福祉会生活介護事業所							
	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18-□							
	連絡先	電話番号	0467-**-****		FAX番号	0467-**-****			
多機能型としての事業所Ⅰ	サービス種類	就労継続支援B型		事業所番号					
	フリガナ	カガワフクシカセイホカイゴシギョウジョ							
	名称	かながわ福祉会就労継続支援事業所							
	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18-□							
多機能型としての事業所Ⅱ	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							
多機能型としての事業所Ⅲ	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							
多機能型としての事業所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	カガワジロウ							
	氏名	かながわ二郎							
	住所	〒248-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください 神奈川県鎌倉市○○町9-12							
	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○△事業所（就労継続支援B型）					
管理責任者	フリガナ	ヨコハマタロウ							
	氏名	よこはま太郎							
	住所	〒232-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください 横浜市内南区○○1-111-1							
	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	○4未満	●4以上5未満	○5以上				
	サービス単位2	○該当な	○4未満	○4以上5未満	○5以上				
	サービス単位3	○該当な	○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	○4未満	○4以上5未満	○5以上				

・多機能型としての実施する事業をすべ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に記載してください。

「付表13その2」には多機能型として実施するサービスに関わる全ての職員を記入してください。  
 複数の事業に関わる職員は「兼務」に記載してください。

付表13 その2

従業者の職種・員数																
(単位：人)			サービス 管理責任者		医師		看護職員		生活支援員						就労支援員	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	合計		通所		訪問			
合計	従業者数	常勤		1				2	3	4	3	4			1	
		非常勤				1			4		4					
	常勤換算後の人数		1				1		8.5		8.5				1	
	※基準上の必要人数															
(単位：人)			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	
合計	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)			その他の従業者													
			事務員		栄養士		調理員									
合計	従業者数	常勤		2												
		非常勤				1	5									
	常勤換算後の人数		2		0.5		2.5									
	※基準上の必要人数															

・多機能型として実施する事業所の合計値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. 「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。

「付表8その1～その3」の他に、昼間実施サービスの種類に応じた申請書類も必要になります。

例)  
障害者支援施設で施設入所支援と生活介護、自立  
訓練(生活訓練)を実施する場合  
「障害者支援施設の申請書」  
「生活介護の申請書」  
「自立訓練(生活訓練)の申請書」  
の3種類が必要です。

施設	フリガナ 名 称	かながわ△△園				「障害者支援施設の申請書」 「生活介護の申請書」 「自立訓練(生活訓練)の申請書」 の3種類が必要です。								
	所在地	〒 248-**** ←郵便番号を半角数字7桁で 神奈川県鎌倉市△△町18-□												
	連絡先	電話番号	0467-**-****		FAX番号	0467-**-****								
管理者	フリガナ 氏 名	かながわ三郎												
	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9-12				・全角								
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	特定旧法受給者	定員緩和措置の有無									
	50 人	30 人	20 人	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		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無		併設施設の種別										
				併設施設の定員										
従業者の職種・員数	(単位：人)		サービス管理責任者		医師		看護職員							
			専従	兼務	専従	兼務	合計		保健師		看護師		准看護師	
	従業者数	常勤	1				1				1			
		非常勤			1		2			2				
	常勤換算後の人数		1		0.5		2			2				
	※基準上の必要人数													
	(単位：人)		理学療法士等		作業療法士		機能訓練指導員		生活支援員		通所		訪問	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	従業者数	常勤							22		22			
		非常勤	2		1		1		4		4			
	常勤換算後の人数		1		0.5		0.5		24		24			
	※基準上の必要人数													
	(単位：人)		職業指導員		就労支援員		栄養士							
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	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		身体障害者		<input type="checkbox"/> 細分なし <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚・言語 <input type="checkbox"/> 内部障害									
			知的障害者		<input checked="" type="checkbox"/>		精神障害者		<input type="checkbox"/>					
	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-**-****							
			その他		担当者		かわさき三郎							
	協力医療機関	名 称	△○病院		主 な診療科名	内科		外科		歯科				
		名 称	×■医院		主 な診療科名	内科								
名 称				主 な診療科名										
協力歯科医療機関		名 称												
※旧法施設定員数		人												

・生活支援員の数は、昼間実施サービスを含めた全職員を「通所」「合計」欄に記載します。別に「訪問」に職員を配置している場合は「訪問」にも記載します。

・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。

1. 「※」のついた欄には、記載しないでください。
2. 昼間に複数の施設障害福祉サービスを実施する場合、「昼間実施サービスの定員」欄には、給付の種類ごとに定員の合計数を記載してください。
3. 施設入所支援に複数のサービス単位を設ける場合、「施設入所支援の定員」欄には、定員の合計数を記載してください。
4. 「定員緩和措置の有無」欄は、最低基準省令第百七十七号第九条第二項に基づく利用定員緩和措置の適用の有無について記載してください。
5. 「従業員の職種・員数」欄には、職種ごとに、昼間実施サービスの従事者の合計数を記載してください。
6. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。

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	カガワマルサンカエン					
	名称	かながわ△園					
	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18-□					
	連絡先	電話番号	0467-**-**** FAX番号 0467-**-****				
管理者	フリガナ	カガワサブロー					
	氏名	かながわ三郎					
	住所	〒 248-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください 神奈川県鎌倉市○町9-1,2					
昼間実施サービスの種類		生活介護					
実施するサービス		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) 単位の有無 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="checkbox"/> <input checked="" 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 昼間多機能の有無 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 昼間の総定員数 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 横浜市金沢区 逗子市 藤沢市					
	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	専従 兼務	専従 兼務	専従 兼務	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		
	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)	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
	従業者数	常勤			2	20	2
	非常勤				2	2	
	常勤換算後の人数				23	23	
※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	専従 兼務	専従 兼務	専従 兼務	専従 兼務	
	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							
前年度の平均利用者数	30 人 (単位ごとの利用者数。*新規の場合は推定数)						
単位ごとの利用定員	30 人 (単位ごとの利用定員)						
※基準上の必要定員	人						
営業日	<input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input checked="" type="checkbox"/> 木 <input checked="" type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日						
営業時間	平日: 09:00 ~ 16:00 土曜 ~ 備考 日曜 ~ 祝日 ~						
主たる対象者	身体障害者 <input type="checkbox"/> 細分なし <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚・言語 <input type="checkbox"/> 内部障害 <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input checked="" type="checkbox"/> 精神障害者 <input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/> 特定なし							

・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。

・入所と生活介護しか実施しない場合、「夜間専門の職員」以外の生活支援員の数をすべて記載します。

・実施する昼間実施サービス毎(各単位毎)に記載してください。

・記載例のとおり、半角「00:00」という形式で入力してください。

(備考)

1. 「※」の付いた欄には、記載しないでください。
2. 「昼間実施サービスの種類」欄は、当該申請サービスについて、該当欄にチェックしてください。
3. 新設の場合には、「前年度の平均実利用者数」欄は推定数を記入してください。
4. 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサー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。



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	
		サービス管理責任者		医師		看護職員		理学療法士等		機能訓練指導員		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	専従	兼務
単位 2	(単位：人)	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	従業者数	常勤	1										
	従業者数	非常勤											
	常勤換算後の人数												
	※基準上の必要人数												
	(単位：人)	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	従業者数	常勤											
	従業者数	非常勤											
	常勤換算後の人数												
	※基準上の必要人数												
	その他の従業者	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	従業者数	常勤											
	従業者数	非常勤											
	常勤換算後の人数												
	※基準上の必要人数												
前年度の平均利用者数	20 人（単位ごとの利用者数。＊新規の場合は推定数）												
単位ごとの利用定員	20 人（単位ごとの利用定員）												
※基準上の必要定員	人												
営業日	<input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input checked="" type="checkbox"/> 木 <input checked="" type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日												
営業時間	平日	09:00	～	16:00	土曜		～						備考
	日曜		～		祝日		～						
主たる対象者	身体障害者	<input type="checkbox"/> 細かなし		<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	
		サービス管理責任者		医師		看護職員		理学療法士等		機能訓練指導員		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	専従	兼務
単位 3	(単位：人)	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	従業者数	常勤											
	従業者数	非常勤											
	常勤換算後の人数												
	※基準上の必要人数												
	(単位：人)	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	従業者数	常勤											
	従業者数	非常勤											
	常勤換算後の人数												
	※基準上の必要人数												
	その他の従業者	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	従業者数	常勤											
	従業者数	非常勤											
	常勤換算後の人数												
	※基準上の必要人数												
前年度の平均利用者数	人（単位ごとの利用者数。＊新規の場合は推定数）												
単位ごとの利用定員	人（単位ごとの利用定員）												
※基準上の必要定員	人												
営業日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日												
営業時間	平日		～		土曜		～						備考
	日曜		～		祝日		～						
主たる対象者	身体障害者	<input type="checkbox"/> 細かなし		<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"/>					

・「入所」「生活介護」「自立訓練（生活訓練）」を実施する場合、「夜間専門の職員」「自立訓練（生活訓練）」に関与しない職員以外の方の全ての生活支援員を記載します。

・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。

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△園									
	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 8-□									
	連絡先	電話番号	0467-**-****			FAX番号	0467-**-****				
	氏名	かながわ三郎									
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9-1 2									
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		短期入所実施の有無		
		入所者1人あたりの最小床面積	18		㎡		㎡				
	廊下	廊下の幅	2.3		m				●有 ○無		
		中廊下の幅	3		m		m				
旧法施設からの 移行の場合	施設名	かながわ△園									
	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					
※栄養管理体制加算基準 ○管理栄養士 ○栄養士 ○その他栄養士 ●無 ※新事業移行施設区分 ○該当 ●非該当											
※保障単位数 単位											
施設障害福祉サービスの種類 施設入所支援 ※単位番号											
単位1	(単位:人)	サービス管理責任者	生活支援員		栄養士						
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	従業者数	常勤	1		20						
	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	50		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		※人員配置区分				▼	
※重度障害者支援加算Ⅰ(基本)	○有 ●無		※重度障害者支援加算Ⅰ(重度)		○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 施設入所支援 ※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	<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		※人員配置区分				▼	
※重度障害者支援加算Ⅰ(基本)	○有 ●無		※重度障害者支援加算Ⅰ(重度)		○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 施設入所支援 ※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	<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		※人員配置区分				▼	
※重度障害者支援加算Ⅰ(基本)	○有 ●無		※重度障害者支援加算Ⅰ(重度)		○有 ●無		※重度障害者支援加算Ⅱ		○有 ●無		

- (備考) 1. 「※」のついた欄には、記載しないください。 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。

・旧法施設からの移行施設の場合、記載してください。

・夜間支援に関わらない職員以外の全ての生活支援員を記載してください。これらの職員が昼間実施サービスでも生活支援員である場合は「兼務」欄に記載してください。

・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。

平成21年4月報酬改定により追加される加算

サービスの種類		サービス 種類 コード	1 特定事業 所加算	2 特別地域 加算	3 初回加算	4 緊急時対 応加算	5 移動介護 加算	6 福祉専門 職員配置 加算	7 人員配置 体制加算	8 事業運営 配慮加算	9 リハビリ テーション 加算	10 指導員加 配加算	11 医療連携 体制加算
障害福祉サービス等	居宅介護	11	○	○	○	○							
	重度訪問介護	12	○	○	○	○	○						
	行動援護	13	○	○	○	○	○						
	重度包括	14		○									
	療養介護	21						○					
	生活介護	22						○	○	○	○		
	児童デイ	23						○		○		○	○
	短期入所	24											○
	共同生活介護(CH)	31						○					○
	施設入所支援	32							○				
	共同生活援助(GH)	33						○					○
	自立訓練(機能訓練)	41						○		○	○		
	自立訓練(生活訓練)	42						○		○			○
	宿泊型自立訓練	34						○					
	就労移行支援(一般型)	43						○		○			○
	就労移行支援(養成施設)	44						○		○			○
	就労継続支援(A型)	45						○		○			○
	就労継続支援(B型)	46						○		○			○
	相談支援	51	○	○									
	身体障害者入所更生施設	81						○			○		
	身体障害者通所更生施設	82						○		○	○		
	身体障害者入所療護施設	83						○			○		
	身体障害者通所療護施設	84						○		○	○		
	身体障害者入所授産施設	85						○					
	身体障害者通所授産施設	86						○		○			
	知的障害者入所更生施設	91						○					
	知的障害者通所更生施設	92						○		○			
	知的障害者入所授産施設	93						○					
	知的障害者通所授産施設	94						○		○			
	知的障害者通勤寮	95						○					

障害児施設支援	知的障害児施設	11						○					
	第1種自閉症児施設	12						○					
	第2種自閉症児施設	13						○					
	知的障害児通園施設	21						○		○			
	盲児施設	31						○					
	ろうあ児施設	32						○					
	難聴幼児通園施設	33						○		○			
	肢体不自由児施設(入所)	41						○					
	肢体不自由児施設(通所)	42						○		○			
	肢体不自由児療護施設	43						○					
	肢体不自由児通園施設	44						○		○			
	指定医療機関(肢体不自由児)	45						○					
	重症心身障害児施設	51						○					
	指定医療機関(重症心身障害児)	52						○					

※現行制度から引き続き設定される加算については記載していません。  
 ※この表は平成20年12月25日に開催された全国主管課長会議資料(資料3)  
 に基づき作成したものであり、今後変更することが予想されます。  
 ※各加算の算定要件、単位数等については詳細がわかり次第速やかにお知らせします。

サービスの種類		サービス 種類 コード	12 短期利用 加算	13 重度障害 者支援加 算	14 単独型加 算	15 栄養士配 置加算	16 利用者負 担上限額 管理加算	17 日中支援 加算	18 保護観察 所等連携 加算	19 夜間看護 体制加算	20 土日等日 中支援加 算	21 小規模定 員加算	22 栄養マネ ジメント加 算
障害福祉サ ービス等	居宅介護	11											
	重度訪問介護	12											
	行動援護	13											
	重度包括	14											
	療養介護	21											
	生活介護	22											
	児童デイ	23											
	短期入所	24	○	○	○	○	○						
	共同生活介護(CH)	31						○	○				
	施設入所支援	32				○			○	○	○	○	○
	共同生活援助(GH)	33						○	○				
	自立訓練(機能訓練)	41											
	自立訓練(生活訓練)	42											
	宿泊型自立訓練	34						○	○				
	就労移行支援(一般型)	43											
	就労移行支援(養成施設)	44											
	就労継続支援(A型)	45											
	就労継続支援(B型)	46											
	相談支援	51											
	身体障害者入所更生施設	81				○							○
	身体障害者通所更生施設	82											
	身体障害者入所療護施設	83				○							○
	身体障害者通所療護施設	84											
	身体障害者入所授産施設	85				○							○
	身体障害者通所授産施設	86											
	知的障害者入所更生施設	91				○							○
	知的障害者通所更生施設	92											
	知的障害者入所授産施設	93				○							○
	知的障害者通所授産施設	94											
	知的障害者通勤寮	95											

障害児施 設支援	知的障害児施設	11				○							○
	第1種自閉症児施設	12											
	第2種自閉症児施設	13				○							○
	知的障害児通園施設	21				○							
	盲児施設	31				○							○
	ろうあ児施設	32				○							○
	難聴幼児通園施設	33				○							
	肢体不自由児施設(入所)	41											
	肢体不自由児施設(通所)	42											
	肢体不自由児療護施設	43				○							○
	肢体不自由児通園施設	44											
	指定医療機関(肢体不自由児)	45											
	重症心身障害児施設	51											
	指定医療機関(重症心身障害児)	52											

サービスの種類		サービス 種類 コード	23 経口移行 加算	24 経口維持 加算	25 療養食加 算	26 通勤者生 活支援加 算	27 入院時支 援特別加 算	28 帰宅時支 援加算	29 長期入院 時支援特 別加算	30 長期帰宅 時支援加 算	31 退所時特 別支援加 算	32 就労支援 関係研修 修了加算	33 就労移行 支援体制 加算
障害福祉サービス等	居宅介護	11											
	重度訪問介護	12											
	行動援護	13											
	重度包括	14											
	療養介護	21											
	生活介護	22											
	児童デイ	23											
	短期入所	24											
	共同生活介護(CH)	31											
	施設入所支援	32	○	○	○								
	共同生活援助(GH)	33											
	自立訓練(機能訓練)	41											
	自立訓練(生活訓練)	42											
	宿泊型自立訓練	34				○	○	○	○	○	○		
	就労移行支援(一般型)	43										○	○
	就労移行支援(養成施設)	44										○	○
	就労継続支援(A型)	45											
	就労継続支援(B型)	46											
	相談支援	51											
	身体障害者入所更生施設	81			○								
	身体障害者通所更生施設	82											
	身体障害者入所療護施設	83	○	○	○								
	身体障害者通所療護施設	84											
	身体障害者入所授産施設	85			○								
	身体障害者通所授産施設	86											
	知的障害者入所更生施設	91			○								
	知的障害者通所更生施設	92											
	知的障害者入所授産施設	93			○								
	知的障害者通所授産施設	94											
	知的障害者通勤寮	95											

障害児施設支援	知的障害児施設	11											
	第1種自閉症児施設	12											
	第2種自閉症児施設	13											
	知的障害児通園施設	21											
	盲児施設	31											
	ろうあ児施設	32											
	難聴幼児通園施設	33											
	肢体不自由児施設(入所)	41											
	肢体不自由児施設(通所)	42											
	肢体不自由児療護施設	43											
	肢体不自由児通園施設	44											
	指定医療機関(肢体不自由児)	45											
	重症心身障害児施設	51											
	指定医療機関(重症心身障害児)	52											

サービスの種類		サービス 種類 コード	34 施設外就 労加算	35 重度者支 援体制加 算	36 目標工賃 達成指導 員配置加 算	37 夜間支援 体制加算	38 地域移行 加算	39 心理職員 を配置	40 看護師を 配置	41 人工内耳 装用児支 援加算
障害福祉サ ービス等	居宅介護	11								
	重度訪問介護	12								
	行動援護	13								
	重度包括	14								
	療養介護	21								
	生活介護	22								
	児童デイ	23								
	短期入所	24								
	共同生活介護(CH)	31								
	施設入所支援	32								
	共同生活援助(GH)	33				○				
	自立訓練(機能訓練)	41								
	自立訓練(生活訓練)	42								
	宿泊型自立訓練	34								
	就労移行支援(一般型)	43	○							
	就労移行支援(養成施設)	44								
	就労継続支援(A型)	45	○	○						
	就労継続支援(B型)	46	○	○	○					
	相談支援	51								
	身体障害者入所更生施設	81								
	身体障害者通所更生施設	82								
	身体障害者入所療護施設	83								
	身体障害者通所療護施設	84								
	身体障害者入所授産施設	85								
	身体障害者通所授産施設	86								
	知的障害者入所更生施設	91								
	知的障害者通所更生施設	92								
	知的障害者入所授産施設	93								
	知的障害者通所授産施設	94								
	知的障害者通勤寮	95								

障害児施設支 援	知的障害児施設	11					○	○	○	
	第1種自閉症児施設	12					○			
	第2種自閉症児施設	13					○	○		
	知的障害児通園施設	21								
	盲児施設	31					○	○	○	
	ろうあ児施設	32					○	○	○	
	難聴幼児通園施設	33								○
	肢体不自由児施設(入所)	41					○			
	肢体不自由児施設(通所)	42								
	肢体不自由児療護施設	43					○	○		
	肢体不自由児通園施設	44								
	指定医療機関(肢体不自由児)	45					○			
	重症心身障害児施設	51					○			
	指定医療機関(重症心身障害児)	52					○			



**平成21年4月1日に新体系へ移行予定の事業者・施設のみなさまへ**

**平成21年4月指定予定事業者・施設の指定申請受付について**

～ 2月23日から27日が重点受付期間です ～

- 指定障害福祉サービス事業者等の指定申請の締め切りは、指定を受けようとする月の前月15日（15日が閉庁日の場合はその直前の開庁日）です。
- 平成21年4月1日付け指定を受ける場合は、2月16日（月）から3月13日（金）までの間に指定申請を行っていただく必要がありますが、年度の切り替わりにあわせて新体系に移行される事業者・施設が多数あることから、下記のとおり2月23日（月）から2月27日（金）を重点受付期間と位置づけ集中的に申請受付を行います。
- 平成21年4月1日付け指定を予定されている事業者・施設におかれましては、できるかぎり重点受付期間中に指定申請を行っていただきますようご協力お願いします。
- なお、来庁につきましては予約制となっておりますので、事前にお電話にてご予約いただきますようお願いいたします。

□ 重点受付期間 平成21年2月23日（月）～2月27日（金）

□ 申請受付時間 <午前> 9：30～12：00、<午後> 13：30～17：00

□ 予約電話 045－210－4732（指定担当直通）

□ 受付場所 日経ビル3F 304会議室 （別添案内図参照）

<住所> 横浜市中区本町1の2 日経ビル304会議室

（「日本経済新聞社」の看板が目印です）

(別添)

