資料１

指定障害福祉サービス事業所等指定申請書様式集

Ver.030

平成22年２月９日

神奈川県保健福祉部障害福祉課

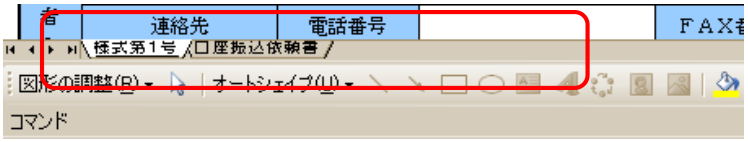
補足資料-1

指定申請時に提出する『付表』の表示について

付表の表示方法

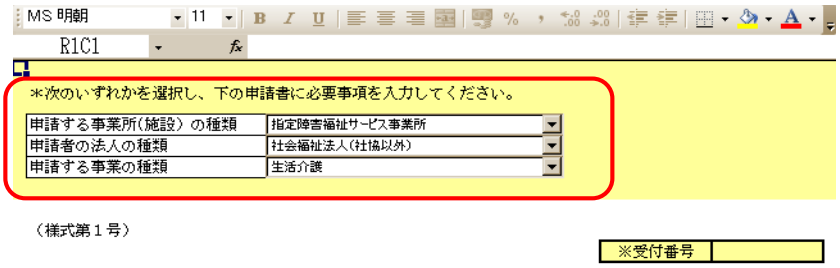
付表は指定申請書様式のファイルに格納されていますが、最初は表示されていません。

※画面下部のシート表示部分イメージ

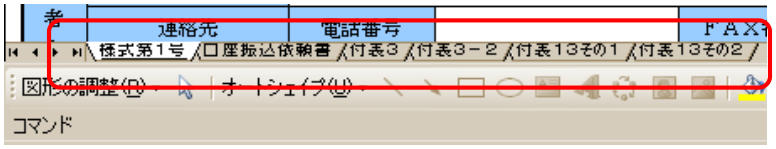


最初は「様式第１号」及び「口座振込依頼書」のシートのみ表示されています。

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。



3つのプルダウンから該当する項目を選択します。



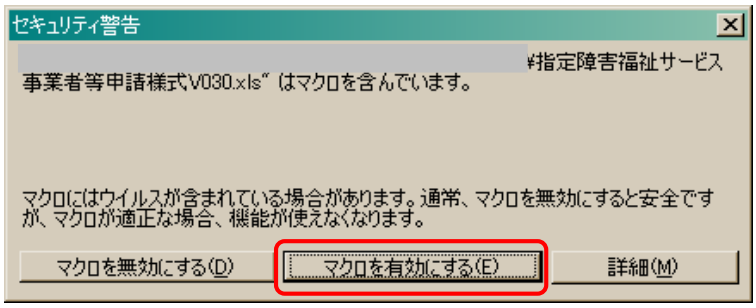
付表が表示されます。

※上記操作で付表が表示されない場合

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

マクロの設定方法（Microsoft Office 2003）

<u>（1）マクロを有効にする</u>
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。

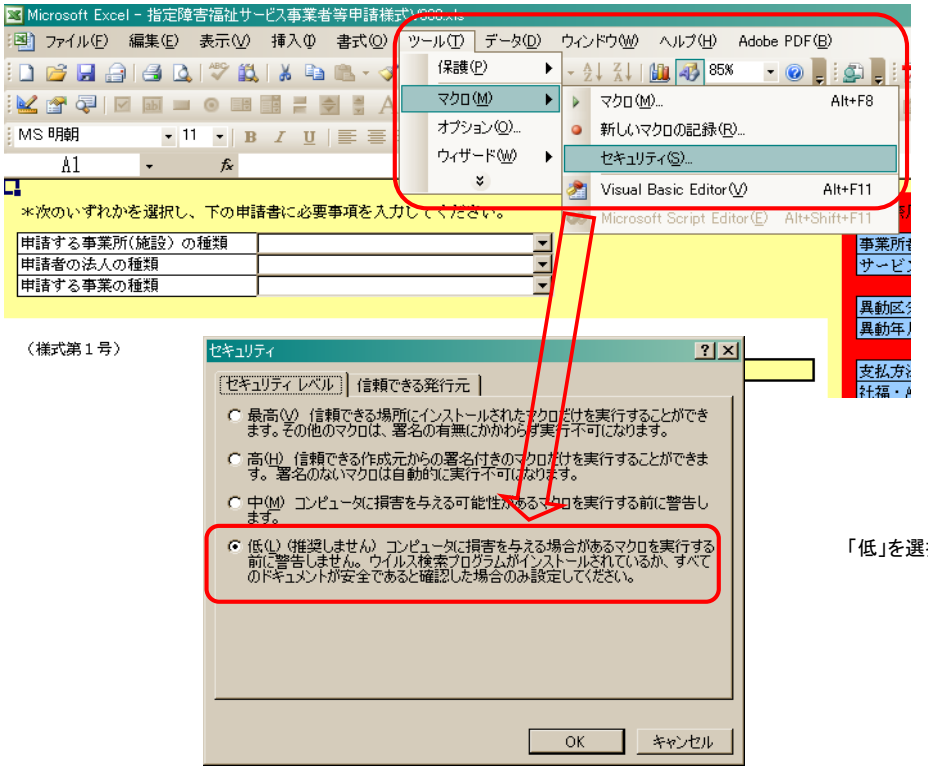


「マクロを有効にする」を押下します。

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。

<u>（2）マクロセキュリティの設定方法</u>
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。



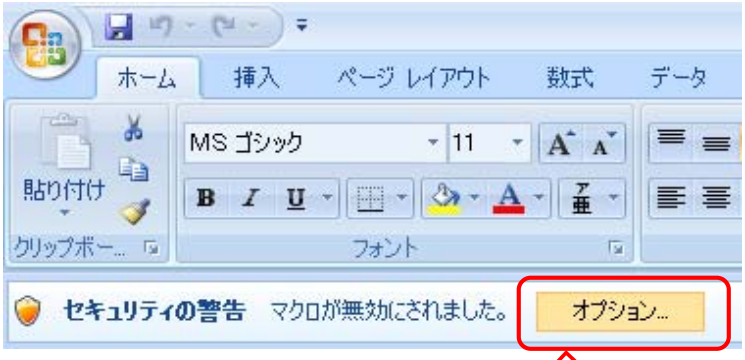
「ツール」から遷移します。

「低」を選択します。

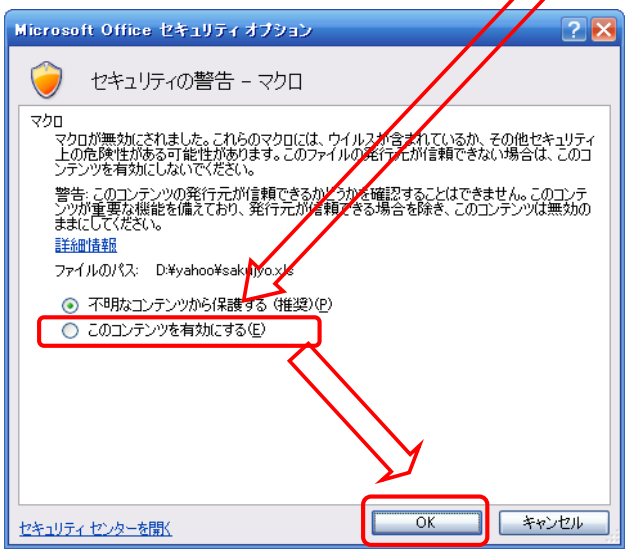
セキュリティレベルを「低」に設定した後、エクセルファイルを一旦閉じて、再度開くと、マクロ機能が使用できます。
画面上のプルダウンメニューを設定し、『付表』シートが表示されることを確認してください。

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。



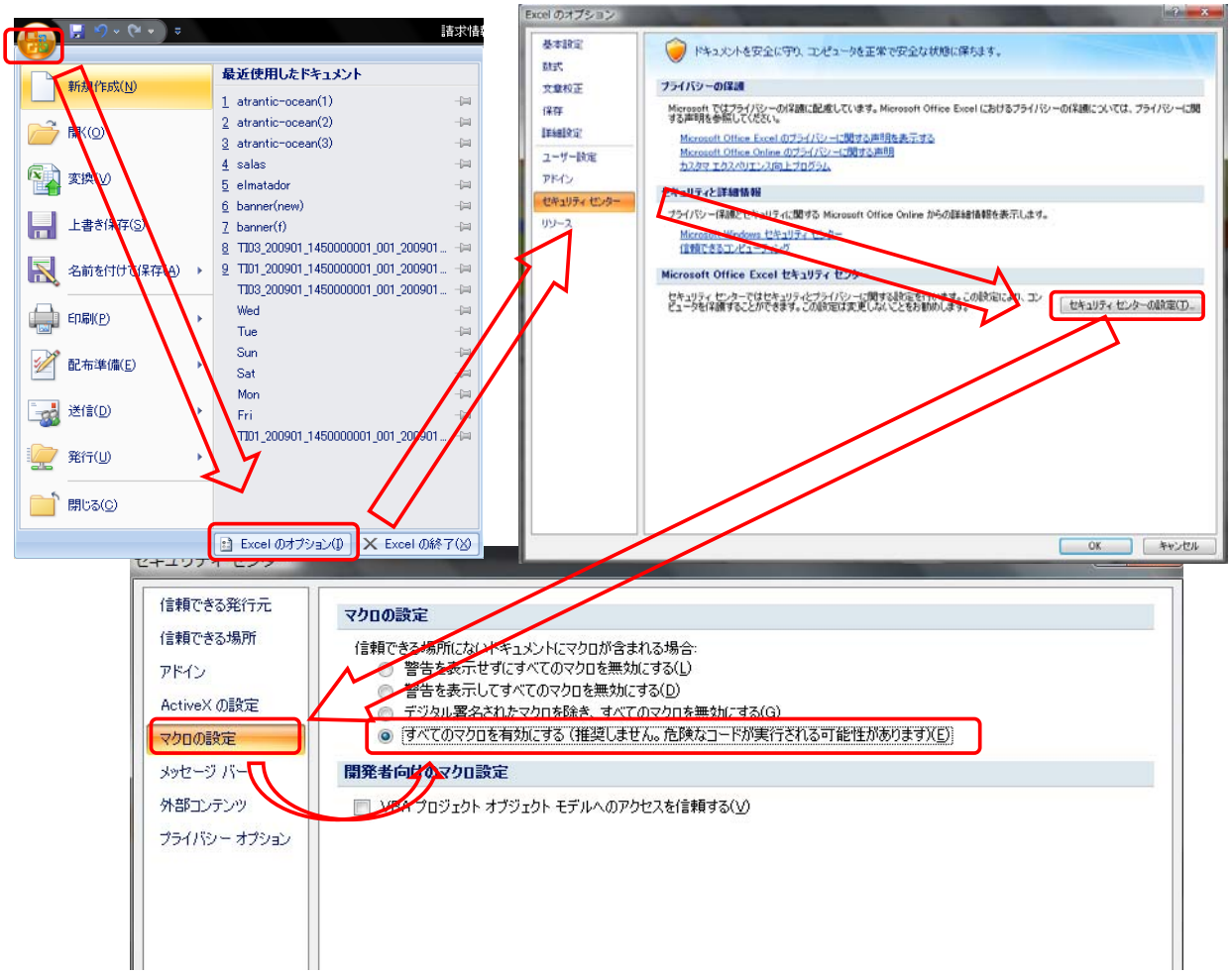
オプションボタンを押下します。



「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。

＜指定障害福祉サービス事業所等指定申請書様式集　目次＞

【補足資料】
・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みなさまへ
・指定申請時に提出する『付表』の表示について

様式第１号	指定障害福祉サービス事業所、指定障害者支援施設、指定相談支援事業所指定申請書	･･･Ｐ２
	口座振込（変更）依頼書（兼　受領委任状）	･･･Ｐ４
（付表１）	居宅介護・重度訪問介護・行動援護事業所の指定に係る記載事項	･･･Ｐ６
（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	･･･Ｐ８
（付表２）	療養介護事業所の指定に係る記載事項	･･･Ｐ１０
（付表３）	生活介護事業所の指定に係る記載事項	･･･Ｐ１４
（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	･･･Ｐ１８
（付表４）	児童デイサービス事業所の指定に係る記載事項	･･･Ｐ２０
（付表５）	短期入所事業所の指定に係る記載事項	･･･Ｐ２４
（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	･･･Ｐ２６
（付表７）	共同生活介護事業所・共同生活援助事業所の指定に係る記載事項	･･･Ｐ２８
（付表８その１）	障害者支援施設に係る記載事項	･･･Ｐ３２
（付表８その２）	昼間実施サービス及び施設入所支援に係る記載事項	･･･Ｐ３４
（付表８その３）	従業員の職種・員数に係る記載事項	･･･Ｐ３８
（付表９）	自立訓練（機能訓練）事業所の指定に係る記載事項	･･･Ｐ４０
（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	･･･Ｐ４２
（付表１０）	自立訓練（生活訓練）事業所の指定に係る記載事項	･･･Ｐ４４
（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	･･･Ｐ４６
（付表１１）	就労移行支援事業所の指定に係る記載事項	･･･Ｐ４８
（付表１１－２）	一体的に実施する従たる事業所の指定に係る記載事項	･･･Ｐ５０
（付表１２）	就労継続支援事業所の指定に係る記載事項	･･･Ｐ５２
（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	･･･Ｐ５４
（付表１３）	指定障害福祉サービス事業所に係る多機能型による事業を実施する場合の記載事項	･･･Ｐ５６
（付表１４）	指定相談支援事業所の指定に係る記載事項	･･･Ｐ６０
～参考～	サービス別　提出書類一覧	･･･Ｐ６３
	添付書類、参考様式の種類と記載留意事項・説明	･･･Ｐ６４

※申請する全てのサービス種類で作成が必要です。

＊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	
申請者の法人の種類	
申請する事業の種類	

※神奈川県使用欄

事業所番号	
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

（様式第１号）

※受付番号	

指定申請書

平成19年9月1日

（申請先）
神奈川県知事

（申請者）
所　在　地
名　　称
代表者氏名　　印

障害者自立支援法に規定する　　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。

申請者（設置者）	フリガナ				
	名　　称				
	主たる事務所の所在地	〒	←郵便番号を半角数字７桁で記載してください		
	連絡先	電話番号		ＦＡＸ番号	
	法人の種類			法人所轄庁	
	代表者	役　職			
		氏　名			
		住　所	〒	←郵便番号を半角数字７桁で記載してください	
指定を受けようとする事業所・施設の種類	フリガナ				
	名　　称				
	事業所（施設）の所在地	〒	※事業所(施設)所在地市町村番号	※級地区分	
	事業等の種類				
			指定申請をする事業等の事業開始予定年月日	付表	備考
主たる事業所名称					
同一の法律において既に指定を受けている場合	サービスの種類		事業所番号		
	事業所名称				

（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。

Ver.030

【記載例】

○マクロを有効にする必要があります。

＊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

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

・事業の種類を選択すると対応した付表シートが表示されます。

※受付番号

※神奈川県使用欄

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

・入力不要です。

（様式第１号）

指定障害福祉サービス事業所指定申請書

平成22年2月9日

（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　法人印

上記のＡ部分を選択すると自動表示されます。

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	ｼｬｶｲﾌｸｼﾎｳｼﾞﾝｶﾅｶﾞﾜﾌｸｼｶｲ			
	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	〒 231-8588 ←郵便番号を半角数字７桁で記載してください			
		神奈川県横浜市中区日本大通１			
	連絡先	電話番号	045-210-1111	ＦＡＸ番号	045-201-2051
	法人の種類	社会福祉法人（社協以外）		法人所轄庁	神奈川県知事
	代表者 役職	理事長			
	代表者 氏名	かながわ一郎			
	代表者 住所	〒 254-**** ←郵便番号を半角数字７桁で記載してください			
		神奈川県平塚市○○町△△ー△			
指定を受けようとする事業所・施設の種類	フリガナ	ｶﾅｶﾞﾜﾏﾙｻﾝｶｸﾎｰﾑﾍﾙﾌﾟ			
	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			
		神奈川県鎌倉市●●町▲▲ー▲			
	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	付表	備考
			平成22年4月1日	1	
主たる事業所名称		かながわ○△ホームヘルプ			
同一の法律において既に指定を受けている場合	サービスの種類		事業所番号		
	事業所名称				

・半角ｶﾀｶﾅで入力。

・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。

・半角ｶﾀｶﾅで入力。

・事業所名称に英数字を用いる場合も全角入力。

・番地等の数字を含め全て全角入力。

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

（備考）
1　「※」のついた欄には記載しないでください。　注
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。

Ver.030

※申請する全てのサービス種類で作成が必要です。

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		年		月		日

申請者（債権者）	法人名称		
	郵便番号	〒	←郵便番号を半角数字７桁で入力してください。
	所在地		
	代表者氏名		印
	事業所名称		
	事業所番号		
	対象事業名		

振込先	金融機関名		金融機関コード	
	店舗名		店舗コード	
	口座番号		預金種別	◉ 普通　○ 当座
	名義人	フリガナ		
		氏名		

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　　年　　月　　日 委任者　　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　　確認印

確認年月日

【記載例】

口座振込（変更）依頼書（兼　受領委任状）

神奈川県国民健康保険団体連合会理事長　殿

以下の口座に，次に掲げる介護給付費等の振込を依頼します。

平成	22	年	2	月	9	日

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

・様式第1号で入力した情報が自動的に反映されます。直接入力はできません。

・入力不要です。

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	◉ 普通　○ 当座
	名義人 フリガナ	ﾌｸｼ)ｶﾅｶﾞﾜﾌｸｼｶｲﾘｼﾞﾁｮｳｶﾅｶﾞﾜｲﾁﾛｳ		
	名義人 氏名	社会福祉法人かながわ福祉会理事長かながわ一郎		

・不明な場合はご利用の金融機関にご確認ください。

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

委任状

申請者（債権者）は，口座名義人（受任者）に，上記介護給付費等の受領に関する一切の権限を委任します。

平成　22　年　2　月　9　日

委任者　かながわ一郎　印

・申請者と口座名義人が異なる場合は、申請者による委任を行ってください。

振込エラー防止のため

ここに振込先の店番号，口座番号，口座名義人フリガナがわかる

通帳の写しを貼り付けるか，

以下に，取引金融機関の確認印を受けてください。

上記口座が存在することを確認しました。

金融機関名　　確認印

確認年月日

・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(ｶﾀｶﾅ)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

付表１　居宅介護・重度訪問介護・行動援護事業所の指定に係る記載事項

				※受付番号	
事業所	ﾌﾘｶﾞﾅ				
	名　称				
	所在地	〒	←郵便番号を半角数字７桁で入力してください		
	連絡先	電話番号		ＦＡＸ番号	
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	ﾌﾘｶﾞﾅ				
	氏　名				
	住　所	〒	←郵便番号を半角数字７桁で入力してください		
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			
		兼務する職種			
		勤務時間			
サービス提供責任者	ﾌﾘｶﾞﾅ				
	氏　名				
	住　所	〒	←郵便番号を半角数字７桁で入力してください		

従業者の職種・員数		居宅介護事業従業者		その他の従業者	
（単位：人）		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					

主な掲示事項								
営業日		□ 月	□ 火	□ 水	□ 木	□ 金	□ 土	□ 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	□身体介護	□通院等乗降介助	□家事援助等			
		重度訪問介護	□	行動援護	□			
主たる対象者		居宅介護	□特定なし	□身体障害者	□知的障害者	□障害児	□精神障害者	
		行動援護	□特定なし	□知的障害者	□障害児	□精神障害者		
利用料								
その他費用								
通常の事業の実施地域								
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況	○ 有	◉ 無				
		苦情解決の措置概要	窓口（連絡先）					
			担当者					
		その他						
※加算等	特定事業所加算区分	○ Ⅰ	○ Ⅱ	○ Ⅲ	◉ 無			
	処遇改善助成金交付	◉ 有	○ 無	処遇改善助成金キャリアパス区分	該当			

（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．「主な掲示事項」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。

【記載例】

付表１　居宅介護・重度訪問介護・行動援護事業所の指定に係る記載事項

※受付番号

事業所	ﾌﾘｶﾞﾅ	ｶﾅｶﾞｶﾞｳﾏﾙｻﾝｶｸﾎｰﾑﾍﾙﾌﾟ
	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 神奈川県鎌倉市●●町▲▲ー▲
	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	ﾌﾘｶﾞﾅ	ｶﾅｶﾞﾜｼﾞﾛｳ
	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１２３－４５６
当該事業所における居宅介護従業者等との兼務の有無		◉ 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
	勤務時間	４時間／日
サービス提供責任者	ﾌﾘｶﾞﾅ	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 神奈川県横浜市南区△△町１２３－４－５６７

従業者の職種・員数

（単位：人）		居宅介護事業従業者 専従	居宅介護事業従業者 兼務	その他の従業者 専従	その他の従業者 兼務
従業者数	常勤		3		
	非常勤		6		
常勤換算後の人数		4.2			
※基準上の必要人数					

主な掲示事項

営業日		☑ 月　☑ 火　☑ 水　☑ 木　☑ 金　☐ 土　☐ 日
営業時間	平日	08:30 ～ 17:30
	土曜	～
	日曜	～
	祝日	～
	備考	24時間365日対応可
サービス内容	居宅介護	☑身体介護　☐通院等乗降介助　☑家事援助等
	重度訪問介護	☑
	行動援護	☐
主たる対象者	居宅介護	☑特定なし　☐身体障害者　☐知的障害者　☐障害児　☐精神障害者
	行動援護	☐特定なし　☐知的障害者　☐障害児　☐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　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） 0467-**-**** 担当者 よこはま太郎
	その他	
※加算等 特定事業所加算区分		○ Ⅰ　○ Ⅱ　○ Ⅲ　◉ 無
※加算等 処遇改善助成金交付		◉ 有　○ 無　処遇改善助成金キャリアパス区分：該当

（備考）

1．「※」のついた欄には、記載しないでください。（注）
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．「主な掲示事項」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。

・様式第1号に入力した内容が自動的に反映されます。直接入力はできません。

・半角数字で入力してください。

・半角ｶﾀｶﾅで入力してください。

・番地等の数字を含め全て全角入力。

・管理者が当該事業所や他事業所において兼務する場合、記載してください。

・半角ｶﾀｶﾅで入力してください。

・番地等の数字を含め全て全角入力。

・添付する勤務表等と合致するよう記載してください。

・記載例のとおり半角数字『00:00』という形式で入力してください。

・申請するサービス内容に応じてチェックをしてください。

・運営規程に定めた「通常の実施地域」を記載してください。

●居宅介護・重度訪問介護・行動援護

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	ﾌﾘｶﾞﾅ								
	名　称								
	所在地	〒	←郵便番号を半角数字７桁で入力してください						
	連絡先	電話番号			ＦＡＸ番号				
主な掲示事項	営業日	□ 月	□ 火	□ 水	□ 木	□ 金	□ 土	□ 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	□身体介護	□通院等乗降介助	□家事援助				
		重度訪問介護	□		行動援護	□			
	主たる対象者	居宅介護	□特定なし	□身体障害者	□知的障害者	□障害児	□精神障害者		
		行動援護	□特定なし	□知的障害者	□障害児	□精神障害者			
	利用料								
	その他費用								
	通常の事業の実施地域								
	その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	○ 有	◉ 無					
		苦情解決の措置概要	窓口（連絡先）						
			担当者						
		その他							

（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。

【記載例】

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	ﾌﾘｶﾞﾅ								
	名　称								
	所在地	〒	←郵便番号を半角数字７桁で入力してください						
	連絡先	電話番号			ＦＡＸ番号				
主な掲示事項	営業日	□ 月	□ 火	□ 水	□ 木	□ 金	□ 土	□ 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	□身体介護	□通院等乗降介助	□家事援助				
		重度訪問介護	□	行動援護	□				
	主たる対象者	居宅介護	□特定なし	□身体障害者	□知的障害者	□障害児	□精神障害者		
		行動援護	□特定なし	□知的障害者	□障害児	□精神障害者			
	利用料								
	その他費用								
	通常の事業の実施地域								
	その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	○ 有	◉ 無					
		苦情解決の措置概要	窓口（連絡先）						
			担当者						
		その他							

・出張所を設ける場合は作成してください。

（備考）

１．「※」のついた欄には、記載しないでください。

２．「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。

３．「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

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

●療養介護

付表２　療養介護事業所の指定に係る記載事項

					※受付番号
事業所	ﾌﾘｶﾞﾅ				
	名　称				
	所在地	〒	←郵便番号を半角数字７桁で入力してください		
	連絡先	電話番号		ＦＡＸ番号	
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	ﾌﾘｶﾞﾅ				
	氏　名				
	住　所	〒	←郵便番号を半角数字７桁で入力してください		
	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	ﾌﾘｶﾞﾅ				
	氏　名				
	住　所	〒	←郵便番号を半角数字７桁で入力してください		

従業者の職種・員数（共通）		サービス管理責任者		医師	
（単位：人）		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１		生活支援員		看護職員					
（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					※単位番号		
※利用定員超過減算		○ 有 ◉ 無	※職員欠如減算	○ 有 ◉ 無	※人員配置区分				

療養介護全体の利用定員	人			
前年度の平均利用者数	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	
主な掲示事項	利用料			
	その他費用			
	その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	○ 有	◉ 無
		苦情解決の措置概要	窓口（連絡先）	
			担当者	
		その他		
※加算等	旧法施設定員数	人	保障単位数（９割保障）	単位
	福祉専門職配置加算	○ 有 ◉ 無	保障単位数（移行時運営安定化事業）	単位
	処遇改善助成金交付	◉ 有 ○ 無	処遇改善助成金キャリアパス区分	該当

（備考）

１．「※」のついた欄には、記載しないでください。

２．新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。

【記載例】

付表２　療養介護事業所の指定に係る記載事項

※受付番号

事業所	ﾌﾘｶﾞﾅ	ｶﾅｶﾞﾜﾏﾙｻﾝｶｸﾘｮｳﾖｳｶｲｺﾞ
	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 神奈川県鎌倉市●●町▲▲－▲
	連絡先	電話番号 0467-**-****　ＦＡＸ番号 0467-**-****
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等又は条例等		定款第○条第○項
管理者	ﾌﾘｶﾞﾅ	ｶﾅｶﾞﾜｼﾞﾛｳ
	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１２３－４５６
	当該療養介護事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）	
	他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合記入）	事業所等の名称 兼務する職種 勤務時間
サービス管理責任者	ﾌﾘｶﾞﾅ	ﾖｺｶﾏﾀﾛｳ
	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 神奈川県横浜市南区１２３－４－５６７

従業者の職種・員数（共通）

（単位：人）		サービス管理責任者 専従	サービス管理責任者 兼務	医師 専従	医師 兼務
従業者数	常勤	1			4
	非常勤				2
常勤換算後の人数		1			
※基準上の必要人数					

単位１

（単位：人）		生活支援員 専従	生活支援員 兼務	看護職員 専従	看護職員 兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤		2		10				
	非常勤		7		8				
常勤換算後の人数		2		12.5					
※基準上の必要人数									

前年度の平均利用者数	22　人（単位ごとの利用者数。＊新規の場合は推定数）
単位ごとの利用定員	24　人（単位ごとの利用定員）
※基準上の必要定員	人　※単位番号
※利用定員超過減算	○ 有 ◉ 無　※職員欠如減算 ○ 有 ◉ 無　※人員配置区分
療養介護全体の利用定員	24　人
前年度の平均利用者数	22　人（事業所全体の利用者数。＊新規の場合は推定数）
主たる設備	多目的室 ◉ 有 ○ 無
	医療法の規定により病院に置くべきものとされる設備 ◉ 有 ○ 無

主な掲示事項	利用料	運営規程に定めるとおり	
	その他費用	運営規程に定めるとおり	
	その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	○ 有 ◉ 無
		苦情解決の措置概要	窓口（連絡先） 0467-**-**** 担当者 かながわ四郎
		その他	
※加算等	旧法施設定員数	人	保障単位数（９割保障） 単位
	福祉専門職配置加算	○ 有 ◉ 無	保障単位数（移行時運営安定化事業） 単位
	処遇改善助成金交付	◉ 有 ○ 無	処遇改善助成金キャリアパス区分 該当

（備考）

１．「※」のついた欄には、記載しないでください。　注

２．　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。

・様式第1号に入力した内容が自動的に反映されます。直接入力はできません。

・半角ｶﾀｶﾅで入力してください。

・番地等の数字を含め全て全角入力。

・管理者が当該事業所や他事業所において兼務する場合、記載してください。

・半角ｶﾀｶﾅで入力してください。

・番地等の数字を含め全て全角入力。

・添付する勤務表等と合致するよう記載してください。

・単位ごとの情報を記載してください。

・事業所全体の定員を記載してください。

●療養介護

（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2		生活支援員		看護職員		看護補助者			
（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						※単位番号	
※利用定員超過減算		○ 有 ◉ 無		※職員欠如減算	○ 有 ◉ 無	※人員配置区分			

単位3		生活支援員		看護職員		看護補助者			
（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						※単位番号	
※利用定員超過減算		○ 有 ◉ 無		※職員欠如減算	○ 有 ◉ 無	※人員配置区分			

単位4		生活支援員		看護職員		看護補助者			
（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						※単位番号	
※利用定員超過減算		○ 有 ◉ 無		※職員欠如減算	○ 有 ◉ 無	※人員配置区分			

単位5		生活支援員		看護職員		看護補助者			
（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						※単位番号	
※利用定員超過減算		○ 有 ◉ 無		※職員欠如減算	○ 有 ◉ 無	※人員配置区分			

【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	

			生活支援員		看護職員		看護補助者			
	（単位：人）		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						※単位番号	
	※利用定員超過減算		○ 有 ◉ 無		※職員欠如減算	○ 有 ◉ 無	※人員配置区分			
単位3			生活支援員		看護職員		看護補助者			
	（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						※単位番号	
	※利用定員超過減算		○ 有 ◉ 無		※職員欠如減算	○ 有 ◉ 無	※人員配置区分			
単位4			生活支援員		看護職員		看護補助者			
	（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						※単位番号	
	※利用定員超過減算		○ 有 ◉ 無		※職員欠如減算	○ 有 ◉ 無	※人員配置区分			
単位5			生活支援員		看護職員		看護補助者			
	（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						※単位番号	
	※利用定員超過減算		○ 有 ◉ 無		※職員欠如減算	○ 有 ◉ 無	※人員配置区分			

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

「※」のついた欄には記載しないで下さい。

●生活介護

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

事業所	ﾌﾘｶﾞﾅ				
	名　称				
	所在地	〒	←郵便番号を半角数字７桁で入力してください		
	連絡先	電話番号		ＦＡＸ番号	
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	ﾌﾘｶﾞﾅ				
	氏　名				
	住　所	〒	←郵便番号を半角数字７桁で入力してください		
	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			
サービス管理責任者	ﾌﾘｶﾞﾅ				
	氏　名				
	住　所	〒	←郵便番号を半角数字７桁で入力してください		

従業者の職種・員数（共通）

（単位：人）		サービス管理責任者		医師	
		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１

（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
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
従業者数	常勤										
	非常勤										
常勤換算後の人数											
※基準上の必要人数											

前年度の障害福祉区分の平均値	◉ 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		

生活介護全体の利用定員	人		
前年度の平均利用者数	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			
その他費用			
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	○ 有	◉ 無
	苦情解決の措置概要	窓口（連絡先）	
		担当者	
	その他		
協力医療機関	名　称	主な診療科名	
	名　称	主な診療科名	
	名　称	主な診療科名	

※加算等

			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（９割保障）	単位
利用日数特例開始年月１			利用日数特例終了年月１	
利用日数特例開始年月２			利用日数特例終了年月２	
利用日数特例開始年月３			利用日数特例終了年月３	
利用日数特例開始年月４			利用日数特例終了年月４	
リハビリテーション加算	○有　◉無		福祉専門職配置加算	○有　◉無
人員配置体制加算	○有　◉無			
処遇改善助成金交付	◉ 有　○ 無		処遇改善助成金キャリアパス区分	該当
保障単位数（移行時運営安定化事業）	単位		主たるサービス種類	

（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．「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
５．「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。
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。

【記載例】

付表３　生活介護事業所の指定に係る記載事項

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

※受付番号

事業所	ﾌﾘｶﾞﾅ	ｶﾅｶﾞﾜﾏﾙｻﾝｶｸｾｲｶｯｶｲｺﾞ
	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
		神奈川県鎌倉市●●町▲▲ー▲
	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	ﾌﾘｶﾞﾅ	ｶﾅｶﾞﾜｼﾞﾛｳ
	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１２３－４５６
	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
サービス管理責任者	ﾌﾘｶﾞﾅ	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
		神奈川県横浜市南区１２３－４－５６７

従業者の職種・員数（共通）

（単位：人）		サービス管理責任者 専従	サービス管理責任者 兼務	医師 専従	医師 兼務
従業者数	常勤	1			
	非常勤				1
常勤換算後の人数					
※基準上の必要人数					

単位１

（単位：人）		看護職員 専従	看護職員 兼務	理学療法士 専従	理学療法士 兼務	作業療法士 専従	作業療法士 兼務	機能訓練指導員 専従	機能訓練指導員 兼務	生活支援員 専従	生活支援員 兼務
従業者数	常勤		2							2	4
	非常勤		1		1						8
常勤換算後の人数		2								6	
※基準上の必要人数											

（単位：人）		精神保健福祉士 専従	精神保健福祉士 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	22 人（単位ごとの利用者数。＊新規の場合は推定数）
単位ごとの利用定員	24 人（単位ごとの利用定員）
※基準上の必要定員	人　※単位番号
営業日	☑ 月　☑ 火　☑ 水　☑ 木　☑ 金　☐ 土　☐ 日
営業時間	平日 09:00 ～ 17:00　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

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）

主な掲示事項

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
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	主な診療科名	内科	外科	歯科
	△○病院		精神科		
	×■医院		内科		

※加算等

		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（９割保障）	単位
利用日数特例開始年月１		利用日数特例終了年月１	
利用日数特例開始年月２		利用日数特例終了年月２	
利用日数特例開始年月３		利用日数特例終了年月３	
利用日数特例開始年月４		利用日数特例終了年月４	
リハビリテーション加算	○有　◉無	福祉専門職配置加算	○有　◉無
人員配置体制加算	○有　◉無		
処遇改善助成金交付	◉ 有　○ 無	処遇改善助成金キャリアパス区分	該当
保障単位数（移行時運営安定化事業）	単位	主たるサービス種類	

〈備考〉
１．「※」のついた欄には、記載しないでください。　注
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．「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
５．「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。
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。

・様式第1号に入力した内容が自動的に反映されます。直接入力はできません。

・半角ｶﾀｶﾅで入力してください。

・番地等の数字を含め全て全角入力。

・管理者が当該事業所や他事業所等において兼務する場合、記載してください。

・半角ｶﾀｶﾅで入力してください。

・番地等の数字を含め全て全角入力。

・単位ごとの情報を記載してください。

・単位の定員を記載してください。

・記載例のとおり半角数字『00:00』という形式で入力してください。

・事業所全体の定員を記載してください。

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

●生活介護　（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
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
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
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
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
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
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		

【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
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
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
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
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
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
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記載してください。

「※」のついた欄には記載しないで下さい。

●生活介護

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	ﾌﾘｶﾞﾅ										
	名　　称										
	所在地	〒		←郵便番号を半角数字７桁で入力してください							
	連 絡 先	電話番号				ＦＡＸ番号					
従業者の職種・員数	（単位：人）	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										
	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）	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										
	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。

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。

【記載例】

付表３－２　一体的に実施する従たる事業所の指定に係る記載事項

＊　多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表13を併せて提出してください。

												※受付番号
事業所	フリガナ											
	名　称											
	所在地	〒		←郵便番号を半角数字７桁で入力してください								
	連絡先	電話番号						ＦＡＸ番号				
従業者の職種・員数	（単位：人）	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											
	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）	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											
	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										

・従たる事業所を設ける場合は従たる事業所の情報を入力してください。

（備考）

１．「※」のついた欄には、記載しないでください。　注

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。

●児童デイサービス

付表４　児童デイサービス事業所の指定に係る記載事項

				※受付番号	
事業所	ﾌﾘｶﾞﾅ				
	名　　称				
	所在地	〒	←郵便番号を半角数字７桁で入力してください		
	連 絡 先	電話番号		ＦＡＸ番号	
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	ﾌﾘｶﾞﾅ				
	氏　　名				
	住　　所	〒	←郵便番号を半角数字７桁で入力してください		
	当該児童デイサービス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	ﾌﾘｶﾞﾅ				
	氏　　名				
	住　　所	〒	←郵便番号を半角数字７桁で入力してください		

従業者の職種・員数（共通）	（単位：人）		サービス管理責任者	
			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１	（単位：人）		指導員		保育士					
			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									
	営業日		□ 月　□ 火　□ 水　□ 木　□ 金　□ 土　□ 日							
	営業時間		平日	～	土曜	～	備考			
			日曜	～	祝日	～				
	単位ごとの利用定員		人（単位ごとの利用定員）				※単位番号			
	※利用定員超過減算		○ 有　◉ 無	※職員欠如減算	○ 有　◉ 無	※施設等の区分				
	※指導員加配加算		○ 有　◉ 無							

主な掲示事項	児童デイ全体の利用定員	人	
	多機能型実施の有無	○ 有　◉ 無	
	利用料		
	その他費用		
	実施サービス	送迎サービス	○ 有　◉ 無
	設備	日常生活訓練室	○ 有　◉ 無
	その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	○ 有　◉ 無
		苦情解決の措置概要	窓口（連絡先）
			担当者
		その他	

※加算等	定員区分		福祉専門職配置加算	○ 有　◉ 無
	処遇改善助成金交付	◉ 有　○ 無	処遇改善助成金キャリアパス区分	該当

（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、食事の提供に要する費用等について記載してください。

【記載例】

付表４　児童デイサービス事業所の指定に係る記載事項

※受付番号

事業所	ﾌﾘｶﾞﾅ	ｶﾅｶﾞﾜﾏﾙｻﾝｶｸｼﾞﾄﾞｳﾃﾞｲ
	名　称	かながわ○△児童デイ
	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▲▲ー▲
	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	ﾌﾘｶﾞﾅ	ｶﾅｶﾞﾜｼﾞﾛｳ
	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１２３－４５６
	当該児童デイサービス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	ﾌﾘｶﾞﾅ	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 神奈川県横浜市南区△△町１２３－４－５６７

従業者の職種・員数（共通）	サービス管理責任者	
（単位：人）	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１	指導員		保育士					
（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							
従業者数　非常勤	1		1					
常勤換算後の人数	2.5		0.5					
※基準上の必要人数								

営業日	☑月	☑火	☑水	☑木	☑金	□土	□日	
営業時間	平日	09:00	～	17:00	土曜	～	備考	
	月曜		～		祝日	～		
単位ごとの利用定員	10	人（単位ごとの利用定員）					※単位番号	
※利用定員超過減算	○有 ◉無	※職員欠如減算	○有 ◉無	※施設等の区分				
※指導員加配加算	○有 ◉無							

主な掲示事項			
児童デイ全体の利用定員	15 人		
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		
実施サービス	送迎サービス	◉有	○無
設備	日常生活訓練室	○有	◉無
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		

※加算等				
定員区分		福祉専門職配置加算	○有	◉無
処遇改善助成金交付	◉有 ○無	処遇改善助成金キャリアパス区分	該当	

（備考）

1．「※」のついた欄には、記載しないでください。　注

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、食事の提供に要する費用等について記載してください。

・様式第1号に入力した内容が自動的に反映されます。直接入力はできません。

・半角数字で入力してください。

・半角ｶﾀｶﾅで入力してください。

・番地等の数字を含め全て全角入力。

・管理者が当該事業所や他事業所等において兼務する場合、記載してください。

・半角ｶﾀｶﾅで入力してください。

・番地等の数字を含め全て全角入力。

・単位ごとの情報を記載してください。

・記載例のとおり半角数字『00:00』という形式で入力してください。

・単位の定員を記載してください。

・事業所全体の定員を記載してください。

・事業所全体の情報を記載してください。

●児童デイサービス

（単位）　児童デイサービス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）		指導員		保育士					
		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									
営業日		□ 月	□ 火	□ 水	□ 木	□ 金	□ 土	□ 日	
営業時間					土曜		～	備考	
		日曜		～	祝日		～		
単位ごとの利用定員		人（単位ごとの利用定員）						※単位番号	
※利用定員超過減算		○ 有 ◉ 無	※職員欠如減算	○ 有 ◉ 無	※施設等の区分				
※指導員加配加算		○ 有 ◉ 無							

単位3									
（単位：人）		指導員		保育士					
		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									
営業日		□ 月	□ 火	□ 水	□ 木	□ 金	□ 土	□ 日	
営業時間					土曜		～	備考	
		日曜		～	祝日		～		
単位ごとの利用定員		人（単位ごとの利用定員）						※単位番号	
※利用定員超過減算		○ 有 ◉ 無	※職員欠如減算	○ 有 ◉ 無	※施設等の区分				
※指導員加配加算		○ 有 ◉ 無							

単位4									
（単位：人）		指導員		保育士					
		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									
営業日		□ 月	□ 火	□ 水	□ 木	□ 金	□ 土	□ 日	
営業時間					土曜		～	備考	
		日曜		～	祝日		～		
単位ごとの利用定員		人（単位ごとの利用定員）						※単位番号	
※利用定員超過減算		○ 有 ◉ 無	※職員欠如減算	○ 有 ◉ 無	※施設等の区分				
※指導員加配加算		○ 有 ◉ 無							

単位5									
（単位：人）		指導員		保育士					
		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									
営業日		□ 月	□ 火	□ 水	□ 木	□ 金	□ 土	□ 日	
営業時間					土曜		～	備考	
		日曜		～	祝日		～		
単位ごとの利用定員		人（単位ごとの利用定員）						※単位番号	
※利用定員超過減算		○ 有 ◉ 無	※職員欠如減算	○ 有 ◉ 無	※施設等の区分				
※指導員加配加算		○ 有 ◉ 無							

単位6									
（単位：人）		指導員		保育士					
		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									
営業日		□ 月	□ 火	□ 水	□ 木	□ 金	□ 土	□ 日	
営業時間		平日		～	土曜		～		
		日曜		～	祝日		～		
単位ごとの利用定員		人（単位ごとの利用定員）						※単位番号	
※利用定員超過減算		○ 有 ◉ 無	※職員欠如減算	○ 有 ◉ 無					
※指導員加配加算		○ 有 ◉ 無							

【記載例】

（単位）　児童デイサービス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）		指導員		保育士					
			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					
	常勤換算後の人数		1		0.8					
	※基準上の必要人数									
	営業日		☑ 月	☑ 火	☑ 水	☑ 木	☑ 金	□ 土	□ 日	
	営業時間			09:00		14:00	土曜		～	備考
			日曜		～		祝日		～	
	単位ごとの利用定員		5 人（単位ごとの利用定員）						※単位番号	
	※利用定員超過減算		○ 有 ◉ 無		※職員欠如減算	○ 有 ◉ 無	※施設等の区分			
	※指導員加配加算		○ 有 ◉ 無							

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

・単位の定員を記載してください。

単位3	（単位：人）		指導員		保育士					
			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									
	営業日		□ 月	□ 火	□ 水	□ 木	□ 金	□ 土	□ 日	
	営業時間						土曜		～	備考
			日曜		～		祝日		～	
	単位ごとの利用定員		人（単位ごとの利用定員）						※単位番号	
	※利用定員超過減算		○ 有 ◉ 無		※職員欠如減算	○ 有 ◉ 無	※施設等の区分			
	※指導員加配加算		○ 有 ◉ 無							

単位4	（単位：人）		指導員		保育士					
			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									
	営業日		□ 月	□ 火	□ 水	□ 木	□ 金	□ 土	□ 日	
	営業時間						土曜		～	備考
			日曜		～		祝日		～	
	単位ごとの利用定員		人（単位ごとの利用定員）						※単位番号	
	※利用定員超過減算		○ 有 ◉ 無		※職員欠如減算	○ 有 ◉ 無	※施設等の区分			
	※指導員加配加算		○ 有 ◉ 無							

単位5	（単位：人）		指導員		保育士					
			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									
	営業日		□ 月	□ 火	□ 水	□ 木	□ 金	□ 土	□ 日	
	営業時間						土曜		～	備考
			日曜		～		祝日		～	
	単位ごとの利用定員		人（単位ごとの利用定員）						※単位番号	
	※利用定員超過減算		○ 有 ◉ 無		※職員欠如減算	○ 有 ◉ 無	※施設等の区分			
	※指導員加配加算		○ 有 ◉ 無							

単位6	（単位：人）		指導員		保育士					
			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									
	営業日		□ 月	□ 火	□ 水	□ 木	□ 金	□ 土	□ 日	
	営業時間		平日		～		土曜		～	
			日曜		～		祝日		～	
	単位ごとの利用定員		人（単位ごとの利用定員）						※単位番号	
	※利用定員超過減算		○ 有 ◉ 無		※職員欠如減算	○ 有 ◉ 無				
	※指導員加配加算		○ 有 ◉ 無							

「※」のついた欄には記載しないで下さい。

●短期入所

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	ﾌﾘｶﾞﾅ				
	名　　称				
	所在地	〒	←郵便番号を半角数字７桁で入力してください		
	連 絡 先	電話番号		ＦＡＸ番号	
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	ﾌﾘｶﾞﾅ				
	氏　　名				
	住　　所	〒	←郵便番号を半角数字７桁で入力してください		
	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			
		兼務する職種			
		勤務時間			
事業所の種別		□併設型	□空床型	□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			
		施設種別等			
		入所者の定員			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			㎡

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 合計		保健師		看護師		准看護師		心理判定員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
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）		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	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）		職業訓練員		就労支援員		介護職員		児童指導員		保育士		精神保健福祉士			
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
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															

主な掲示事項

主たる対象者	□特定なし	□身体障害者	□知的障害者	□障害児	□精神障害者	
利用料						
その他費用						
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	○ 有	◉ 無			
	苦情解決の措置概要	窓口（連絡先）				
		担当者				
	その他					
協力医療機関	名　称		主な診療科名			
	名　称		主な診療科名			
	名　称		主な診療科名			

※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	□		単独型加算	○ 有 ◉ 無		
栄養士配置加算	○ 常勤管理栄養士	○ 常勤栄養士	○ その他栄養士	◉ 無		
処遇改善助成金交付	◉ 有	○ 無	処遇改善助成金キャリアパス区分	該当		
主たるサービス種類（併設型・空床型のみ）						

（備考）
1．「※」のついた欄には、記載しないでください。
2．新設の場合には、「前年度の平均入所者数」欄は推定数を記入してください。
3．「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
4．「従業所の職種・員数」欄には、併設型の場合に本体施設の職員配置を記載して下さい。
5．「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

【記載例】

付表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	カナガワマルサンカソウダンシエン
	名称	かながわ○△相談支援
	所在地	〒 248-**** ←郵便番号を半角数字７桁で入力してください
		神奈川県鎌倉市●●町▲▲－▲
	連絡先	電話番号 0467-**-**** ＦＡＸ番号 0467-**-****
当該事業の実施について定めている定款・寄付行為等又は条例等		定款第①条第①項
管理者	フリガナ	カナガワシロウ
	氏名	かながわ二郎
	住所	〒 248-**** ←郵便番号を半角数字７桁で入力してください
		神奈川県鎌倉市○○町１２３－４５６
	当該短期入所事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）	
	他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合記入）	事業所等の名称：かながわ○△支援施設
		兼務する職種：管理者
		勤務時間：４時間/日
事業所の種別		☐併設型 ☑空床型 ☐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： m^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 合計		保健師		看護師		准看護師		心理判定員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
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 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	専従	兼務
従業者数	常勤														6
	非常勤								1						4
常勤換算後の人数								0.2						8	
※基準上の必要人数															

		職業訓練員		就労支援員		介護職員		児童指導員		保育士		精神保健福祉士			
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
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															

主な掲示事項	主たる対象者	☐特定なし ☐身体障害者 ☑知的障害者 ☐障害児 ☐精神障害者
	利用料	運営規程に定めるとおり
	その他費用	運営規程に定めるとおり
	その他参考となる事項	第三者評価の実施状況：○ 有 ◉ 無
		苦情解決の措置概要：窓口（連絡先） 0467-**-****
		担当者：よこはま太郎
		その他：
	協力医療機関 名称	△○病院
		主な診療科名：内科、精神科、外科、歯科
	協力医療機関 名称	×■医院
		主な診療科名：内科
	協力医療機関 名称	
		主な診療科名：

※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	☐	単独型加算	○ 有 ◉ 無		
	栄養士配置加算	○ 常勤管理栄養士 ○ 常勤栄養士 ○ その他栄養士 ◉ 無				
	処遇改善助成金交付	◉ 有 ○ 無	処遇改善助成金キャリアパス区分	該当		
	主たるサービス種類（併設型・空床型のみ）					

（備考）
1．「※」のついた欄には、記載しないでください。（注）
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．「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
4．「従業所の職種・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。

・様式第1号に入力した内容が自動的に反映されます。直接入力はできません。

・半角数字で入力してください。

・半角カタカナで入力してください。

・管理者が当該事業所や他事業所等において兼務する場合は、記載してください。

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

・本体施設の人員配置に応じて、記載してください。

●重度障害者等包括支援

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	ﾌﾘｶﾞﾅ 名　称				
	所在地	〒	←郵便番号を半角数字７桁で入力してください		
	連絡先	電話番号		ＦＡＸ番号	
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	ﾌﾘｶﾞﾅ 氏　名				
	住　所	〒	←郵便番号を半角数字７桁で入力してください		
	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			
		兼務する職種			
		勤務時間			
サービス提供責任者	ﾌﾘｶﾞﾅ 氏　名				
	住　所	〒	←郵便番号を半角数字７桁で入力してください		
事業所の体制	他に指定を受けている障害福祉サービス等	種類	事業所名	事業所番号	
	委託による提携事業所	種類	事業所名	事業所番号	
	協力医療機関	名　称		主な診療科名	
		名　称		主な診療科名	
		名　称		主な診療科名	
	利用者からの連絡対応体制の概要				
主な掲示事項	主たる対象者	身体障害者	□	障害児	□
		知的障害者	□	精神障害者	□
	利用者数	人			
	利用料				
	その他費用				
	通常の事業の実施地域				
	その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	○ 有　◉ 無		
		苦情解決の措置概要	窓口（連絡先）		
			担当者		
		その他			
※加算事	類型	□ Ⅰ類型　□ Ⅱ類型　□ Ⅲ類型			
	処遇改善助成金交付	◉ 有　○ 無	処遇改善助成金キャリアパス区分	該当	

（備考）

1．「※」のついた欄には、記載しないでください。
2．「他に指定を受けている障害福祉サービス」欄には、重度障害者等包括支援以外に指定を受けているものについて記載してください。重度包括支援と同時に指定を受けようとする場合は事業所番号の記載は不要です。
3．第三者に委託して障害福祉サービスを提供する場合は、予定している事業所を「委託による提携事業所」に記載してください。なお、指定等　2
4．「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。
5．「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。
6．「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。
7．「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は適宜地図を添付してください。

【記載例】

付表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	ﾌﾘｶﾞﾅ	ｶﾅｶﾞﾜﾏﾙｻﾝｶｸｼﾞｷﾞｮｳｼｮ
	名　称	かながわ○△事業所
	所在地	〒　248-****　←郵便番号を半角数字７桁で入力してください 神奈川県鎌倉市●●町▲▲－▲
	連絡先	電話番号　0467-**-****　ＦＡＸ番号　0467-**-****
当該事業の実施について定めである定款・寄付行為等又は条例等		定款第○条第○項
管理者	ﾌﾘｶﾞﾅ	ｶﾅｶﾞﾜｼﾞﾛｳ
	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１２３－４５６
	サービス提供責任者との兼務の有無	○ 有　◉ 無
	当該重度障害者等包括支援事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入	
	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	ﾌﾘｶﾞﾅ	ﾖｺｶﾏﾀﾛｳ
	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 神奈川県横浜市南区△△町１２３－４－５６７

事業所の体制

他に指定を受けている障害福祉サービス等

種類	事業所名	事業所番号
居宅介護	かながわ○△ホームヘルプ	141******
重度訪問介護	かながわ○△ホームヘルプ	141******
行動援護	かながわ○△ホームヘルプ	141******
短期入所	かながわ○△短期入所	141******

委託による提携事業所

種類	事業所名	事業所番号
生活介護	よこはま■○生活介護	141******

協力医療機関					
名　称	△○病院	主な診療科名	内科 精神科	外科	歯科
名　称	×■医院	主な診療科名	内科		
名　称		主な診療科名			

利用者からの連絡対応体制の概要	利用者との電話等により、24時間連絡が取れる体制を整備している。

主な掲示事項

主たる対象者	身体障害者	☑	障害児	☑
	知的障害者	☑	精神障害者	☑
利用者数	10 人			
利用料	運営規程に定めるとおり			
その他費用	運営規程に定めるとおり			
通常の事業の実施地域	鎌倉市	横浜市金沢区		
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	○ 有　◉ 無		
	苦情解決の措置概要	窓口（連絡先）：0467-**-**** 担当者：よこはま太郎		
	その他			

※加算等

類型	□Ⅰ類型　□Ⅱ類型　□Ⅲ類型			
処遇改善助成金交付	◉ 有　○ 無	処遇改善助成金キャリアパス区分	該当	

・様式第1号に入力した内容が自動的に反映されます。直接入力はできません。

・半角数字で入力してください

・半角ｶﾀｶﾅで入力してください。

・管理者が当該事業所や他事業所等において兼務する場合は、記載してください

・他の指定障害福祉サービス事業所等の情報を記載してください

・運営規程に定めた「通常の実施地域」を記載してください。

（備考）

1．「※」のついた欄には、記載しないでください。（注）
2．「他に指定を受けている障害福祉サービス」欄には、重度障害者等包括支援以外に指定を受けているものについて記載してください。重度包括支援と同時に指定を受けようとする場合は事業所番号の記載は不要です。
3．第三者に委託して障害福祉サービスを提供する場合は、予定している事業所を「委託による提携事業所」に記載してください。なお、指定第　2
4．「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。
5．「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。
6．「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。
7．「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。

●共同生活介護・共同生活援助

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

その１

※申請する事業	共同生活介護			※受付番号	
主たる事業所	ﾌﾘｶﾞﾅ				
	名　称				
	所在地	〒	←郵便番号を半角数字７桁で入力してください		
	連絡先	電話番号		ＦＡＸ番号	
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	ﾌﾘｶﾞﾅ				
	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、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			
		兼務する職種			
		勤務時間			
利用定員		人（事業所全体の利用者数。）			
前年度の平均利用者数		人（事業所全体の利用者数。＊新規の場合は推定数）			
サービス管理責任者	ﾌﾘｶﾞﾅ				
	氏　名				
	住　所	〒	←郵便番号を半角数字７桁で入力してください		

従業者の職種・員数（単位：人）		世話人 専従	世話人 兼務	生活支援員 専従	生活支援員 兼務	サービス管理責任者 専従	サービス管理責任者 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							

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					
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	○ 有　◉ 無				
	苦情解決の措置概要	窓口（連絡先）				
		担当者				
	その他					
協力医療機関	名　称		主な診療科名			
	名　称		主な診療科名			
	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	
旧法施設定員数	人			
福祉専門職配置加算	○ 有　◉ 無	地域生活移行個別支援特別加算	◉ 有　○ 無	
処遇改善助成金交付	◉ 有　○ 無	処遇改善助成金キャリアパス区分	該当	
保障単位数（移行時運営安定化）	単位			

＊主たる事業所とは、複数の共同生活住居がある場合、当該事業所からいずれの共同生活住居に対しても、概ね30分程度で移動可能な範囲にある事業所をいう。

【記載例】

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

その１

※申請する事業	共同生活介護			※受付番号	
主たる事業所	ﾌﾘｶﾞﾅ	ｶﾅｶﾞﾜﾏﾙｻﾝｶｸﾎｰﾑ			
	名　称	かながわ○△ホーム			
	所在地	〒 248-**** ←郵便番号を半角数字７桁で入力してください			
		神奈川県鎌倉市●●町▲▲－▲			
	連絡先	電話番号	0467-**-****	ＦＡＸ番号	0467-**-****
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等又は条例等		定款第○条第○項			
管理者	ﾌﾘｶﾞﾅ	ｶﾅｶﾞﾜｼﾞﾛｳ			
	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１２３－４５６			
	他の事業所、施設又は医療機関の従業者との兼務（兼務の場合記入）	事業所等の名称	かながわ○△支援施設		
		兼務する職種	管理者		
		勤務時間	4時間／日		
利用定員		20	人（事業所全体の利用者数。）		
前年度の平均利用者数		19	人（事業所全体の利用者数。＊新規の場合は推定数）		
サービス管理責任者	ﾌﾘｶﾞﾅ	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			
		神奈川県横浜市南区△△町１２３－４－５６７			

従業者の職種・員数（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
従業者数	常勤	1	2		2	1	
	非常勤		2		4		
常勤換算後の人数		4		3.6		1	
※基準上の必要人数							

地域移行型ホームの場合	同一敷地内にある入所施設又は病院	名　称				
		所在地				
共同生活介護の場合	居宅介護従業者の外部委託の予定	○ 有	◉ 無	「有」の場合	月	時間
障害者支援施設等との連携体制等	連携施設	名　称	かながわ○△支援施設			
		所在地	神奈川県鎌倉市△△町１－２３４－５６７			
	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	主な診療科名	内科	外科	歯科
				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
	旧法施設定員数	人			
	福祉専門職配置加算	○ 有	◉ 無	地域生活移行個別支援特別加算	◉ 有　○ 無
	処遇改善助成金交付	◉ 有	○ 無	処遇改善助成金キャリアパス区分	該当
	保障単位数（移行時運営安定化）	単位			

＊主たる事業所とは、複数の共同生活住居がある場合、当該事業所からいずれの共同生活住居に対しても、概ね30分程度で移動可能な範囲にある事業所をいう。

・様式第1号に入力した内容が自動的に反映されます。直接入力はできません。

・半角数字で入力してください。

・半角ｶﾀｶﾅで入力してください。

・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、記載してください。

・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。

・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記載してください。

・該当する場合、それぞれ記載してください。

「※」のついた欄には記載しないで下さい。

●共同生活介護・共同生活援助

付表７　　その２－１

	枚中	枚目

共同生活住居１	ﾌﾘｶﾞﾅ				※単位番号	
	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		
	建物の形態					
	①住居区分	○一戸建て　○アパート　○マンション　◉その他		その他の場合		
	②建物所有者名					
	③賃貸借契約の内容	敷金	円	礼金	円	家賃(月額) 円
		契約期間	年	賃借料がない理由		
	④住居の利用定員	人				
	⑤居室数	室		（うち個室）	室	
	⑥入居者１人あたりの居室の最小床面積			㎡		
	主たる対象者	□知的障害者　□精神障害者　□身体障害者				
	利用料					
	その他費用					
	※加算等 重度障害者支援加算	○有　◉無				
	※加算等 ＣＨ夜間支援体制加算	人				
	※加算等 大規模住居減算	○21人以上　○8人以上　◉無				
共同生活住居２	ﾌﾘｶﾞﾅ				※単位番号	
	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		
	建物の形態					
	①住居区分	○一戸建て　○アパート　○マンション　◉その他		その他の場合		
	②建物所有者名					
	③賃貸借契約の内容	敷金	円	礼金	円	家賃(月額) 円
		契約期間	年	賃借料がない理由		
	④住居の利用定員	人				
	⑤居室数	室		（うち個室）	室	
	⑥入居者１人あたりの居室の最小床面積			㎡		
	主たる対象者	□知的障害者　□精神障害者　□身体障害者				
	利用料					
	その他費用					
	※加算等 重度障害者支援加算	○有　◉無				
	※加算等 ＣＨ夜間支援体制加算	人				
	※加算等 大規模住居減算	○21人以上　○8人以上　◉無				
共同生活住居３	ﾌﾘｶﾞﾅ				※単位番号	
	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		
	建物の形態					
	①住居区分	○一戸建て　○アパート　○マンション　◉その他		その他の場合		
	②建物所有者名					
	③賃貸借契約の内容	敷金	円	礼金	円	家賃(月額) 円
		契約期間	年	賃借料がない理由		
	④住居の利用定員	人				
	⑤居室数	室		（うち個室）	室	
	⑥入居者１人あたりの居室の最小床面積			㎡		
	主たる対象者	□知的障害者　□精神障害者　□身体障害者				
	利用料					
	その他費用					
	※加算等 重度障害者支援加算	○有　◉無				
	※加算等 ＣＨ夜間支援体制加算	人				
	※加算等 大規模住居減算	○21人以上　○8人以上　◉無				

付表７

【記載例】

その２－１

	枚中		枚目

共同生活住居１

ﾌﾘｶﾞﾅ	ﾀﾞｲｲﾁｶﾅｶﾞﾜﾏﾙｻﾝｶｸﾎｰﾑ				※単位番号	
名　称	第１かながわ○△ホーム					
所在地	〒 248-**** ←郵便番号を半角数字７桁で入力してください					
	神奈川県鎌倉市△☆町１２３－４－５６					
連絡先	電話番号	0467-**-****	ＦＡＸ番号	0467-**-****		
建物の形態	既存建物					
①住居区分	○一戸建て　◉アパート　○マンション　○その他		その他の場合			
②建物所有者名	かまくら○△男					
③賃貸借契約の内容	敷金	0 円	礼金	0 円	家賃(月額)	200000 円
	契約期間	10 年	賃借料がない理由			
④住居の利用定員	6 人					
⑤居室数	7 室		（うち個室）	7 室		
⑥入居者１人あたりの居室の最小床面積	15.8 ㎡					
主たる対象者	☑知的障害者　□精神障害者　□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					
※加算等 重度障害者支援加算	○有　◉無					
※加算等 ＣＨ夜間支援体制加算	▼ 人					
※加算等 大規模住居減算	○21人以上　○8人以上　◉無					

共同生活住居２

ﾌﾘｶﾞﾅ	ﾀﾞｲﾆｶﾅｶﾞﾜｼｶｸﾏﾙﾎｰﾑ				※単位番号	
名　称	第２かながわ□○ホーム					
所在地	〒 248-**** ←郵便番号を半角数字７桁で入力してください					
	神奈川県鎌倉市□○町１２３－５６７					
連絡先	電話番号	0467-**-****	ＦＡＸ番号	0467-**-****		
建物の形態	既存建物					
①住居区分	◉一戸建て　○アパート　○マンション　○その他		その他の場合			
②建物所有者名	かまくら□○子					
③賃貸借契約の内容	敷金	0 円	礼金	0 円	家賃(月額)	230000 円
	契約期間	15 年	賃借料がない理由			
④住居の利用定員	7 人					
⑤居室数	9 室		（うち個室）	9 室		
⑥入居者１人あたりの居室の最小床面積	16 ㎡					
主たる対象者	☑知的障害者　☑精神障害者　□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					
※加算等 重度障害者支援加算	○有　◉無					
※加算等 ＣＨ夜間支援体制加算	▼ 人					
※加算等 大規模住居減算	○21人以上　○8人以上　◉無					

共同生活住居３

ﾌﾘｶﾞﾅ	ﾀﾞｲｻﾝｶﾅｶﾞﾜｼｶｸｼｶｸﾎｰﾑ				※単位番号	
名　称	第３かながわ□□ホーム					
所在地	〒 248-**** ←郵便番号を半角数字７桁で入力してください					
	神奈川県鎌倉市□□町１－２３－４５６					
連絡先	電話番号	0467-**-****	ＦＡＸ番号	0467-**-****		
建物の形態	新築物件					
①住居区分	◉一戸建て　○アパート　○マンション　○その他		その他の場合			
②建物所有者名	かまくら□□男					
③賃貸借契約の内容	敷金	0 円	礼金	0 円	家賃(月額)	180000 円
	契約期間	20 年	賃借料がない理由			
④住居の利用定員	7 人					
⑤居室数	8 室		（うち個室）	8 室		
⑥入居者１人あたりの居室の最小床面積	16 ㎡					
主たる対象者	□知的障害者　□精神障害者　☑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					
※加算等 重度障害者支援加算	○有　◉無					
※加算等 ＣＨ夜間支援体制加算	▼ 人					
※加算等 大規模住居減算	○21人以上　○8人以上　◉無					

・共同生活住居名称に英数字を使用する場合は全角入力。

・番地等の数字を含め全て全角入力。

・小数点第1位まで記載してください（小数点第2位以下切捨て）。

・各共同生活住居ごとの情報を記載してください。

「※」のついた欄には記載しないで下さい。

●施設入所支援

付表８　その１　障害者支援施設の指定に係る記載事項

※受付番号	

施設	フリガナ				
	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	
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	

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
	人	人	人	人	○ 有　◉ 無
施設入所支援の定員	人				
他の社会福祉施設との併設の有無	○ 有　◉ 無	併設施設の種別			
		併設施設の定員	人		

従業者の職種・員数

（単位：人）		サービス管理責任者		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												
	非常勤												
常勤換算後の人数													
※基準上の必要人数													

（単位：人）		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		生活支援員 合計		通所		訪問	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
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）		職業指導員 合計		右記以外		兼教官		就労支援員		栄養士					
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤														
	非常勤														
常勤換算後の人数															
※基準上の必要人数															

主な掲示事項

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	□	
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	○ 有　◉ 無			
	苦情解決の措置概要	窓口（連絡先）			
		担当者			
	その他				
協力医療機関	名　称		主な診療科名		
	名　称		主な診療科名		
	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				

（備考）

1．「※」のついた欄には、記載しないでください。

2．昼間に複数の施設障害福祉サービスを実施する場合、「昼間実施サービスの定員」欄には、給付の種類ごとに定員の合計数を記載してください。

3．施設入所支援に複数のサービス単位を設ける場合、「施設入所支援の定員」欄には、定員の合計数を記載してください。

4．「定員緩和措置の有無」欄は、最低基準省令第百七十七号第九条第二項に基づく利用定員緩和措置の適用の有無について記載してください。

5．「従業員の職種・員数」欄には、職種ごとに、昼間実施サービスの従事者の合計数を記載してください。

6．「主な掲示事項」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１　障害者支援施設の指定に係る記載事項

※受付番号

施設	ﾌﾘｶﾞﾅ	ｶﾅｶﾞﾜﾏﾙｻﾝｶｸｼｴﾝｼｾﾂ
	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
		神奈川県鎌倉市●●町▲▲－▲
	連絡先	電話番号　0467-**-****　ＦＡＸ番号　0467-**-****
管理者	ﾌﾘｶﾞﾅ	ｶﾅｶﾞﾜｼﾞﾛｳ
	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１２３－４５６

・様式第1号に入力した内容が自動的に反映されます。直接入力はできません。

・半角数字で入力してください。

・半角ｶﾀｶﾅで入力してください。

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	○ 有　◉ 無	併設施設の種別	
		併設施設の定員	人

従業者の職種・員数

（単位：人）		サービス管理責任者		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													

（単位：人）		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		生活支援員 合計		通所		訪問	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤									7	4	7	4		
	非常勤		2		1		1			4	3	4	3		
常勤換算後の人数		1		0.5		0.5				12		12			
※基準上の必要人数															

（単位：人）		職業指導員 合計		右記以外		兼教官		就労支援員		栄養士					
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤									1					
	非常勤														
常勤換算後の人数										1					
※基準上の必要人数															

・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。

主な掲示事項

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　☐
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		主な診療科名			
名　称	△○病院		内科	外科	歯科
			精神科		
名　称	×□医院		内科		
名　称					

協力歯科医療機関	名　称	
※旧法施設定員数	人	

（備考）

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

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	ﾌﾘｶﾞﾅ			
	名　　称			
	所在地	〒	←郵便番号を半角数字７桁で入力してください	
	連 絡 先	電話番号		ＦＡＸ番号
管理者	ﾌﾘｶﾞﾅ			
	氏　　名			
	住　　所	〒	←郵便番号を半角数字７桁で入力してください	

昼間実施サービスの種類		生活介護		自立訓練（機能）	自立訓練（生活）	就労移行支援（通常）	就労移行支援（資格）	就労継続支援（Ａ型）	就労継続支援（Ｂ型）
実施するサービス	単位の有無	○ 有	◉ 無	□	□	□	□	□	□
前年度の平均利用者数		人	人	人	人	人	人	人	人
昼間多機能の有無		○ 有	◉ 無	昼間の総定員数		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	

*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

主な掲示事項		
	利用料	
	その他費用	
	通常の事業の実施地域	
	その他	

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		医師		看護職員		理学療法士等 合計		ＯＴ・ＰＴ		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	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）		職業指導員 合計		右記以外		兼教官		生活支援員 合計		通所		訪問		栄養士	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	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													
		専従	兼務	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	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	□ 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
□特定なし	知的障害者	□	精神障害者	□		

（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。

【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	ﾌﾘｶﾞﾅ	ｶﾅｶﾞﾜﾏﾙｻﾝｶｸｼｴﾝｼｾﾂ
	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
		神奈川県鎌倉市●●町▲▲－▲
	連絡先	電話番号 0467-**-**** ＦＡＸ番号 0467-**-****
管理者	ﾌﾘｶﾞﾅ	ｶﾅｶﾞﾜｼﾞﾛｳ
	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１２３－４５６

昼間実施サービスの種類	生活介護		自立訓練（機能）	自立訓練（生活）	就労移行支援（通常）	就労移行支援（資格）	就労継続支援（A型）	就労継続支援（B型）
実施するサービス	単位の有無	○ 有 ◉ 無	□	☑	□	□	□	□
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	○ 有 ◉ 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	○ 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

主な掲示事項					
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 専従	サービス管理責任者 兼務	医師 専従	医師 兼務	看護職員 専従	看護職員 兼務	理学療法士等 合計 専従	理学療法士等 合計 兼務	理学療法士等 ＯＴ・ＰＴ 専従	理学療法士等 ＯＴ・ＰＴ 兼務	理学療法士等 機能訓練指導員 専従	理学療法士等 機能訓練指導員 兼務	就労支援員 専従	就労支援員 兼務
従業者数 常勤		1				1								
従業者数 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 合計 専従	職業指導員 合計 兼務	職業指導員 右記以外 専従	職業指導員 右記以外 兼務	職業指導員 兼教官 専従	職業指導員 兼教官 兼務	生活支援員 合計 専従	生活支援員 合計 兼務	生活支援員 通所 専従	生活支援員 通所 兼務	生活支援員 訪問 専従	生活支援員 訪問 兼務	栄養士 専従	栄養士 兼務
従業者数 常勤							4	2	4	2				
従業者数 非常勤							2	2	2	2				
常勤換算後の人数							6.5		6.5					
※基準上の必要人数														

その他の従業者（単位：人）	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数 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	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	☑ 月 ☑ 火 ☑ 水 ☑ 木 ☑ 金 □ 土 □ 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 □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．「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。

●施設入所支援

付表８　その２　昼間実施サービスに係る記載事項（単位）

															枚中		枚目
施設障害福祉サービスの種類																※単位番号	
単位２			サービス管理責任者		医師		看護職員		理学療法士等						就労支援員		
									合計		ＯＴ・ＰＴ		機能訓練指導員				
	（単位：人）		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	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																
			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				
	（単位：人）		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	従業者数	常勤															
		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														
	（単位：人）		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	従業者数	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														
	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									
	□特定なし		知的障害者	□			精神障害者	□									

施設障害福祉サービスの種類																※単位番号	
単位３			サービス管理責任者		医師		看護職員		理学療法士等						就労支援員		
									合計		ＯＴ・ＰＴ		機能訓練指導員				
	（単位：人）		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	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																
			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				
	（単位：人）		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	従業者数	常勤															
		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														
	（単位：人）		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	従業者数	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														
	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									
	□特定なし		知的障害者	□			精神障害者	□									

【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）

	枚中		枚目

施設障害福祉サービスの種類	自立訓練（生活訓練）	※単位番号	

単位２

（単位：人）	サービス管理責任者		医師		看護職員		理学療法士等 合計		理学療法士等 ＯＴ・ＰＴ		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	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 合計		職業指導員 右記以外		職業指導員 兼教官		生活支援員 合計		生活支援員 通所		生活支援員 訪問		栄養士	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数 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
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														

項目	内容
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	☑月　☑火　☑水　☑木　☑金　☐土　☐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 ☐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 ☐

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		医師		看護職員		理学療法士等 合計		理学療法士等 ＯＴ・ＰＴ		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	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 合計		職業指導員 右記以外		職業指導員 兼教官		生活支援員 合計		生活支援員 通所		生活支援員 訪問		栄養士	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数 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
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														

項目	内容
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	☐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
☐特定なし	知的障害者 ☐　精神障害者 ☐

･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下さい。

●施設入所支援

付表８　その３　施設入所支援に係る記載事項

※受付番号	

施設	ﾌﾘｶﾞﾅ / 名　称			
	所在地	〒	←郵便番号を半角数字７桁で入力してください	
	連絡先	電話番号	ＦＡＸ番号	
管理者	ﾌﾘｶﾞﾅ / 氏　名			
	住　所	〒	←郵便番号を半角数字７桁で入力してください	
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				

施設入所支援	前年度の平均実利用者数	サービス単位１	人
		サービス単位２	人
		サービス単位３	人

				※基準上の必要値	短期入所実施の有無
設備	居室	１室の最大定員	人	人以下	○有　◉無
		入所者１人あたりの最小床面積	㎡	㎡	
	廊下	廊下の幅	m	m	
		中廊下の幅	m	m	

旧法施設からの移行の場合	施設名		
	施設種別		
	経過措置の有無	○有　◉無	特定旧法受給者数　　人

※栄養士配置加算	○常勤管理栄養士　○常勤栄養士　○その他栄養士　◉無		
※保障単位数（９割保障）	単位	※夜間看護体制加算	○有　◉無
※地域生活移行個別支援特別加算	○有　◉無	※小規模定員加算	○有　◉無
※夜勤職員配置体制加算	○有　◉無		
※処遇改善助成金交付	◉有　○無	※処遇改善助成金キャリアパス区分	該当
※保障単位数（移行時運営安定化事業）	単位		

施設障害福祉サービスの種類		※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		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		※基準上の必要定員	人	
主たる対象者	身体障害者	□細分なし　□肢体不自由　□視覚障害　□聴覚･言語　□内部障害		
□特定なし	知的障害者	□	精神障害者	□
※利用定員超過減算	○有　◉無	※職員欠如減算	○有　◉無	
[illegible]	○有　◉無	[illegible]	○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
従業者数	常勤										
	非常勤										
常勤換算後の人数											
※基準上の必要人数											

単位ごとの利用定員		※基準上の必要定員	人	
主たる対象者	身体障害者	□細分なし　□肢体不自由　□視覚障害　□聴覚･言語　□内部障害		
□特定なし	知的障害者	□	精神障害者	□
※利用定員超過減算	○有　◉無	※職員欠如減算	○有　◉無	
[illegible]	○有　◉無	[illegible]	○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	□細分なし　□肢体不自由　□視覚障害　□聴覚･言語　□内部障害		
□特定なし	知的障害者	□	精神障害者	□
※利用定員超過減算	○有　◉無	※職員欠如減算	○有　◉無	
[illegible]	○有　◉無	[illegible]	○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。

付表８　その３　施設入所支援に係る記載事項

【記載例】

※受付番号

施設	ﾌﾘｶﾞﾅ	ｶﾅｶﾞﾜﾏﾙｻﾝｶｸｼｴﾝｼｾﾝ
	名　称	かながわ○△支援施設
	所在地	〒 248-**** ←郵便番号を半角数字７桁で入力してください 神奈川県鎌倉市●●町▲▲－▲
	連絡先	電話番号 0467-**-****　ＦＡＸ番号 0467-**-****
管理者	ﾌﾘｶﾞﾅ	ｶﾅｶﾞﾜｼﾞﾛｳ
	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１２３－４５６

当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等又は条例等			定款第○条第○項
施設入所支援	前年度の平均実利用者数	サービス単位１	50　人
		サービス単位２	人
		サービス単位３	人

				※基準上の必要値	短期入所実施の有無
設備	居室	１室の最大定員	4　人	人以下	○有 ◉無
		入所者１人あたりの最小床面積	18　m²	m²	
	廊下	廊下の幅	2.3　m	m	
		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○△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			
※処遇改善助成金交付	◉ 有　○ 無	※処遇改善助成金キャリアパス区分	該当	
※保障単位数（移行時運営安定化事業）	単位			

単位１										
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：人）	サービス管理責任者		生活支援員		栄養士					
	専従	兼務	専従		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数　常勤		1	2	4						
従業者数　非常勤										
常勤換算後の人数										
※基準上の必要人数										
単位ごとの利用定員					※基準上の必要定員		人			
主たる対象者	身体障害者	☐細分なし　☐肢体不自由　☐視覚障害　☐聴覚･言語　☐内部障害								
☐特定なし	知的障害者	☐			精神障害者	☐				
※利用定員超過減算	○ 有　◉ 無	※職員欠如減算	○ 有　◉ 無							
※重度障害者支援加算Ⅰ	○ 有　◉ 無	※重度障害者支援加算Ⅰ	○ 有　◉ 無	※重度障害者支援加算Ⅱ	○ 有　◉ 無					

単位２										
施設障害福祉サービスの種類								※単位番号		
（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										
従業者数　非常勤										
常勤換算後の人数										
※基準上の必要人数										
単位ごとの利用定員					※基準上の必要定員		人			
主たる対象者	身体障害者	☐細分なし　☐肢体不自由　☐視覚障害　☐聴覚･言語　☐内部障害								
☐特定なし	知的障害者	☐			精神障害者	☐				
※利用定員超過減算	○ 有　◉ 無	※職員欠如減算	○ 有　◉ 無							
※重度障害者支援加算Ⅰ	○ 有　◉ 無	※重度障害者支援加算Ⅰ	○ 有　◉ 無	※重度障害者支援加算Ⅱ	○ 有　◉ 無					

単位３										
施設障害福祉サービスの種類								※単位番号		
（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										
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	☐細分なし　☐肢体不自由　☐視覚障害　☐聴覚･言語　☐内部障害								
☐特定なし	知的障害者	☐			精神障害者	☐				
※利用定員超過減算	○ 有　◉ 無	※職員欠如減算	○ 有　◉ 無							
※重度障害者支援加算Ⅰ	○ 有　◉ 無	※重度障害者支援加算Ⅰ	○ 有　◉ 無	※重度障害者支援加算Ⅱ	○ 有　◉ 無					

（備考）
１．「※」のついた欄には、記載しないでください。（注）
２．当該施設が実施する施設入所支援が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。

・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。

●自立訓練（機能訓練）

付表９　自立訓練（機能訓練）事業所の指定に係る記載事項

＊１　従たる事業所のある場合は、付表９－２を併せて提出してください。
＊２　多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表13を併せて提出してください。

※受付番号	

事業所	ﾌﾘｶﾞﾅ			
	名　　称			
	所在地	〒	←郵便番号を半角数字７桁で入力してください	
	連　絡　先	電話番号		ＦＡＸ番号
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	ﾌﾘｶﾞﾅ			
	氏　　名			
	住　　所	〒	←郵便番号を半角数字７桁で入力してください	
	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		
		兼務する職種		
		勤務時間		
訪問事業実施の有無		○ 有	◉ 無	
サービス管理責任者	ﾌﾘｶﾞﾅ			
	氏　　名			
	住　　所	〒	←郵便番号を半角数字７桁で入力してください	

従業者の職種・員数

（単位：人）		サービス管理責任者		看護職員		理学療法士等				歩行訓練士	
						理学療法士・作業療法士		機能訓練指導員			
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤										
	非常勤										
常勤換算後の人数											
※基準上の必要人数											

（単位：人）		生活支援員				その他の従業者					
		通所		訪問							
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤										
	非常勤										
常勤換算後の人数											
※基準上の必要人数											

機能訓練全体の利用定員	人
前年度の平均利用者数	人（＊新規の場合は、推定数）

主な掲示事項

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	
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				
利用料							
その他費用							
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	○ 有	◉ 無				
	苦情解決の措置概要	窓口（連絡先）					
		担当者					
	その他						
協力医療機関	名　称		主　な診療科名				
	名　称		主　な診療科名				
	名　称		主　な診療科名				

※加算等

		利用定員超過減算	○ 有 ◉ 無	職員欠如減算	○ 有 ◉ 無
標準利用期間超過減算	○ 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（９割保障）	単位		
利用日数特例開始年月1		利用日数特例終了年月1			
利用日数特例開始年月2		利用日数特例終了年月2			
利用日数特例開始年月3		利用日数特例終了年月3			
利用日数特例開始年月4		利用日数特例終了年月4			
リハビリテーション加算	○ 有 ◉ 無	福祉専門職配置加算	○ 有 ◉ 無		
視覚障害者等専門職員配置加算	○ 有 ◉ 無				
処遇改善助成金交付	◉ 有 ○ 無	処遇改善助成金キャリアパス区分	該当		
主たるサービス種類		保障単位数（移行時運営安定化事業）	単位		

（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．「主な掲示事項」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。

【記載例】

付表９　自立訓練（機能訓練）事業所の指定に係る記載事項

＊１　従たる事業所のある場合は、付表９－２を併せて提出してください。
＊２　多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表13を併せて提出してください。

※受付番号

事業所	ﾌﾘｶﾞﾅ	ｶﾅｶﾞﾜﾏﾙｻﾝｶｸｷﾉｳｸﾝﾚﾝ
	名　称	かながわ○△機能訓練
	所在地	〒 248-**** ←郵便番号を半角数字７桁で入力してください 神奈川県鎌倉市●●町▲▲－▲
	連絡先	電話番号 0467-**-****　ＦＡＸ番号 0467-**-****
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等又は案例等		定款第○条第○項
管理者	ﾌﾘｶﾞﾅ	ｶﾅｶﾞﾜｼﾞﾛｳ
	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１２３－４５６
	当該自立訓練事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）	
	他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合記入）	事業所等の名称：かながわ■△生活介護 兼務する職種：管理者 勤務時間：4時間／日
訪問事業実施の有無		○ 有　◉ 無
サービス管理責任者	ﾌﾘｶﾞﾅ	ﾖｺｶﾏﾀﾛｳ
	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 神奈川県横浜市南区△△町１２３－４－５６７

従業者の職種・員数

（単位：人）		サービス管理責任者		看護職員		理学療法士等				歩行訓練士	
						理学療法士・作業療法士		機能訓練指導員			
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤	1			1		1		1		
	非常勤				2						
常勤換算後の人数		1		1.5		0.5		0.5			
※基準上の必要人数											

（単位：人）		生活支援員				その他の従業者					
		通所		訪問							
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤	2	3								
	非常勤		2								
常勤換算後の人数		4.5									
※基準上の必要人数											

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 ～　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
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	主な診療科名			
	△○病院	内科	外科	歯科	
		精神科			
	×■医院	内科			

※加算等

		利用定員超過減算	○ 有　◉ 無
		職員欠如減算	○ 有　◉ 無
標準利用期間超過減算	○ 有　◉ 無	[illegible]	○ 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（９割保障）	単位
利用日数特例開始年月1		利用日数特例終了年月1	
利用日数特例開始年月2		利用日数特例終了年月2	
利用日数特例開始年月3		利用日数特例終了年月3	
利用日数特例開始年月4		利用日数特例終了年月4	
リハビリテーション加算	○ 有　◉ 無	福祉専門職配置加算	○ 有　◉ 無
視覚障害者専門職員配置加算	○ 有　◉ 無		
処遇改善助成金交付	◉ 有　○ 無	処遇改善助成金キャリアパス区分	該当
主たるサービス種類		保障単位数（移行時運営安定化事業）	単位

〈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．「主な掲示事項」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

・様式第1号に入力した内容が自動的に反映されます。直接入力はできません。

・半角数字で入力してください。

・半角ｶﾀｶﾅで入力してください。

・全角数字で入力してください。

・管理者が当該事業所や他事業所等において兼務する場合、記載してください。

・添付する勤務表等と合致するよう記載してください。

・事業所全体の定員を記載してください。

・記載例のとおり半角数字『00:00』という形式で入力してください。

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

●自立訓練（機能訓練）

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	

事業所	ﾌﾘｶﾞﾅ										
	名　　称										
	所在地	〒		←郵便番号を半角数字７桁で入力してください							
	連 絡 先	電話番号				ＦＡＸ番号					
従業者の職種・員数	（単位：人）	サービス管理責任者		看護職員		理学療法士等				歩行訓練士	
						理学療法士・作業療法士		機能訓練指導員			
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	従業者数　常勤										
	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　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										
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。

【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

事業所	ﾌﾘｶﾞﾅ										
	名　称										
	所在地	〒	←郵便番号を半角数字７桁で入力してください								
	連絡先	電話番号				ＦＡＸ番号					
従業者の職種・員数		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			
	（単位：人）	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										
		生活支援員				その他の従業者					
		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
	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										
従たる事業所の利用定員		人									

・従たる事業所を設ける場合は従たる事業所の情報を入力してください。

（備考）

１．「※」のついた欄には、記載しないでください。　注

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。

●自立訓練（生活訓練）

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	ﾌﾘｶﾞﾅ											
	名　称											
	所在地	〒	←郵便番号を半角数字７桁で入力してください									
	連絡先	電話番号					ＦＡＸ番号					
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	ﾌﾘｶﾞﾅ											
	氏　名											
	住　所	〒	←郵便番号を半角数字７桁で入力してください									
	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										
		兼務する職種										
		勤務時間										
訪問事業実施の有無		○ 有　◉ 無										
管理責任者 サービス	ﾌﾘｶﾞﾅ											
	氏　名											
	住　所	〒	←郵便番号を半角数字７桁で入力してください									

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		生活支援員 訪問			
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数 常勤										
従業者数 非常勤										
常勤換算後の人数										
※基準上の必要人数										

生活訓練全体の利用定員	人							
前年度の平均利用者数	人（＊新規の場合は、推定数）							
主な掲示事項	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	知的障害者	□	精神障害者	□			
	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				
	利用料							
	その他費用							
	その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	○ 有　◉ 無					
		苦情解決の措置概要	窓口（連絡先）					
			担当者					
		その他						
	協力医療機関 名称		主な診療科名					
	協力医療機関 名称		主な診療科名					
	協力医療機関 名称		主な診療科名					

※加算等	短期滞在加算	○ 夜勤体制あり　○ 宿直体制あり　◉ 無			
	精神障害者退院支援施設加算	○ 夜勤体制あり　○ 宿直体制あり　◉ 無			
			利用定員超過減算	○ 有　◉ 無	職員欠如減算　○ 有　◉ 無
	標準利用期間超過減算	○ 有　◉ 無	重度・強度行動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（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			
	処遇改善助成金交付	◉ 有　○ 無	処遇改善助成金キャリアパス区分	該当	
	主たるサービス種類		保障単位数（移行時運営安定化事業）	単位	

（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．「主な掲示事項」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。

【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	ﾌﾘｶﾞﾅ	ｶﾅｶﾞﾜﾏﾙｻﾝｶｸｾｲｶｯｸﾝﾚﾝ			
	名　称	かながわ○△生活訓練			
	所在地	〒 248-**** ←郵便番号を半角数字７桁で入力してください			
		神奈川県鎌倉市●●町▲▲－▲			
	連絡先	電話番号	0467-**-****	ＦＡＸ番号	0467-**-****
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等又は条例等		定款第○条第○項			
管理者	ﾌﾘｶﾞﾅ	ｶﾅｶﾞﾜｼﾞﾛｳ			
	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１２３－４５６			
	当該自立訓練事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）				
	他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合記入）	事業所等の名称	かながわ■△生活介護		
		兼務する職種	管理者		
		勤務時間	4時間/日		
訪問事業実施の有無		○ 有　◉ 無			
サービス管理責任者	ﾌﾘｶﾞﾅ	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			
		神奈川県横浜市南区△△町１２３－４－５６７			

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		生活支援員 訪問			
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤	1			1	2	2				
	非常勤						3				
常勤換算後の人数				0.5		4					
※基準上の必要人数											

生活訓練全体の利用定員	24 人						
前年度の平均利用者数	23 人（＊新規の場合は、推定数）						
主な掲示事項	営業日	☑ 月	☑ 火	☑ 水	☑ 木	☑ 金	☐ 土　☐ 日
	営業時間	平日	09:00 ～ 17:00	土曜	～	備考	
		日曜	～	祝日	～		
	主たる対象者	知的障害者 ☑		精神障害者 ☑			
	多機能型実施の有無	○ 有　◉ 無					
	利用定員	24 人		※基準上の必要定員	人		
	利用料	運営規程に定めるとおり					
	その他費用	運営規程に定めるとおり					
	その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	○ 有　◉ 無				
		苦情解決の措置概要	窓口（連絡先）	0467-**-****			
			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	
				精神科			
	名称	×■医院	主な診療科名	内科			
	名称		主な診療科名				

※加算等					
短期滞在加算	○ 夜勤体制あり　○ 宿直体制あり　◉ 無				
精神障害者退院支援施設加算	○ 夜勤体制あり　○ 宿直体制あり　◉ 無				
		利用定員超過減算	○ 有　◉ 無	職員欠如減算	○ 有　◉ 無
標準利用期間超過減算	○ 有　◉ 無	福祉・介護職員等特別処遇加算	○ 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（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				
処遇改善助成金交付	◉ 有　○ 無	処遇改善助成金キャリアパス区分	該当		
主たるサービス種類		保障単位数（移行時運営安定化事業）	単位		

（備考）
1．「※」のついた欄には、記載しないでください。　注
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．「主な掲示事項」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。

・様式第1号に入力した内容が転機されます。直接入力できません。

・半角数字で入力してください。

・半角ｶﾀｶﾅで入力してください。

・番地等の数字を含め全て全角入力。

・管理者が当該事業所や他事業所等において兼務する場合、記載してください。

・添付する勤務表等と合致するよう記載してください。

・事業所全体の定員を記載してください。

・記載例のとおり半角『00:00』の形式で入力してください。

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

●自立訓練（生活訓練）

付表10－２　一体的に実施する従たる事業所の指定に係る記載事項

＊　多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表13を併せて提出してください。

※受付番号	

事業所	ﾌﾘｶﾞﾅ										
	名　称										
	所在地	〒	←郵便番号を半角数字７桁で入力してください								
	連絡先	電話番号				ＦＡＸ番号					
従業者の職種・員数		サービス管理責任者		看護職員		生活支援員					
						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
	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										
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。

【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	ﾌﾘｶﾞﾅ										
	名　称										
	所在地	〒	←郵便番号を半角数字７桁で入力してください								
	連絡先	電話番号				ＦＡＸ番号					
従業者の職種・員数	（単位：人）	サービス管理責任者		看護職員		生活支援員					
						通所		訪問			
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	従業者数　常勤										
	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

・従たる事業所を設ける場合は従たる事業所の情報を入力してください。

●就労移行支援

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	ﾌﾘｶﾞﾅ					
	名　称					
	所在地	〒		←郵便番号を半角数字７桁で入力してください		
	連　絡　先	電話番号		ＦＡＸ番号		
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	ﾌﾘｶﾞﾅ					
	氏　名					
	住　所	〒		←郵便番号を半角数字７桁で入力してください		
	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				
		兼務する職種				
		勤務時間				
サービス管理責任者	ﾌﾘｶﾞﾅ					
	氏　名					
	住　所	〒		←郵便番号を半角数字７桁で入力してください		

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										
		非常勤										
	常勤換算後の人数											
	※基準上の必要人数											

就労移行支援全体の利用定員	人					
前年度の平均利用者数	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	人	※基準上の必要定員	人		
	主たる対象者	身体障害者	□細分なし	□肢体不自由	□視覚障害	□聴覚･言語　□内部障害
	□特定なし	知的障害者	□	精神障害者	□	
	利用料					
	その他費用					
	その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	○ 有　◉ 無			
		苦情解決の措置概要	窓口（連絡先）			
			担当者			
		その他				
	協力医療機関　名　称		主な診療科名			
	協力医療機関　名　称		主な診療科名			
	協力医療機関　名　称		主な診療科名			
提携就労支援機関						

※加算等					
			就労移行支援体制加算区分		
	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			
			利用定員超過減算	○ 有　◉ 無	職員欠如減算　○ 有　◉ 無
	標準利用期間超過減算	○ 有　◉ 無	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（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	就労支援関係研修修了加算	○ 有　◉ 無	
	処遇改善助成金交付	◉ 有　○ 無	処遇改善助成金キャリアパス区分	該当	
	主たるサービス種類		保障単位数（移行時運営安定化事業）	単位	

（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．「主な掲示事項」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。
7．「提携就労支援機関」欄には、就労支援ネットワーク名及びネットワーク内の就労支援機関名を記載してください。

【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	ﾌﾘｶﾞﾅ	ｶﾅｶﾞﾜﾏﾙｻﾝｶｸｼｭｳﾛｳｲｺｳｼｴﾝ		
	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▲▲－▲		
	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	ﾌﾘｶﾞﾅ	ｶﾅｶﾞﾜｼﾞﾛｳ		
	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１２３－４５６		
	当該自立訓練事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）			
	他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合記入）	事業所等の名称	かながわ■△生活介護	
		兼務する職種	管理者	
		勤務時間	4時間／日	
サービス管理責任者	ﾌﾘｶﾞﾅ	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	
		神奈川県横浜市南区△△町１２３－４－５６７		

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			2	2	2	1			
	非常勤					1		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）		
主な掲示事項	多機能型実施の有無	○ 有	◉ 無	
	利用定員	24 人	※基準上の必要定員	人
	主たる対象者	身体障害者	□細分なし　□肢体不自由　□視覚障害　□聴覚・言語　□内部障害	
	□特定なし	知的障害者	☑	精神障害者　□
	利用料	運営規程に定めるとおり		
	その他費用	運営規程に定めるとおり		
	その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	○ 有　◉ 無	
		苦情解決の措置概要	窓口（連絡先）	0467-**-****
			担当者	かわさき三郎
		その他		
	協力医療機関　名称	△○病院	主な診療科名	内科　外科　歯科　精神科
	名称	×■医院	主な診療科名	内科
	名称		主な診療科名	
提携就労支援機関				

※加算等			就労移行支援体制加算区分	
	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		
			利用定員超過減算	○ 有　◉ 無　職員欠如減算　○ 有　◉ 無
	標準利用期間超過減算	○ 有　◉ 無	医療・児童福祉等多様な関係者加算	○ 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（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	就労支援関係研修修了加算	○ 有　◉ 無
	処遇改善助成金交付	◉ 有　○ 無	処遇改善助成金キャリアパス区分	該当
	主たるサービス種類		保障単位数（移行準備支援体制加算）	単位

（備考）
1．「※」のついた欄には、記載しないでください。　注
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．「主な掲示事項」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。
7．「提携就労支援機関」欄には、就労支援ネットワーク名及びネットワーク内の就労支援機関名を記載してください。

・様式第1号に入力した内容が転機されます。直接入力できません。

・半角数字で入力してください。

・半角ｶﾀｶﾅで入力してください。

・番地等含め全て全角入力。

・管理者が当該事業所や他事業所等において兼務する場合、記載してください。

・添付する　勤務表等と合致するよう記載してください。

・事業所全体の定員を記載してください。

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

●就労移行支援

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	ﾌﾘｶﾞﾅ										
	名　　称										
	所在地	〒	←郵便番号を半角数字７桁で入力してください								
	連 絡 先	電話番号				ＦＡＸ番号					
従業者の職種・員数	（単位：人）	サービス管理責任者		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										
	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									

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。

【記載例】

付表11－２　一体的に事業所の指定に係る記載事項

＊　多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表13を併せて提出してください。

※受付番号	

事業所	ﾌﾘｶﾞﾅ	ｶﾅｶﾞﾜﾏﾙｻﾝｶｸｼｭｳﾛｳｲｺｳｼｴﾝｼﾞｭｳﾀﾙｼﾞｷｮｳｼｮ									
	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					
	従業者数　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									

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

・従たる事業所を設ける場合は従たる事業所の情報を入力してください。

●就労継続支援Ａ型・Ｂ型

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	ﾌﾘｶﾞﾅ								
	名　称								
	所在地	〒	←郵便番号を半角数字７桁で入力してください						
	連絡先	電話番号				ＦＡＸ番号			
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	ﾌﾘｶﾞﾅ								
	氏　名								
	住　所	〒	←郵便番号を半角数字７桁で入力してください						
	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							
		兼務する職種							
		勤務時間							
管理責任者 サービス	ﾌﾘｶﾞﾅ								
	氏　名								
	住　所	〒	←郵便番号を半角数字７桁で入力してください						
従業者の職種・員数	（単位：人）	職業指導員		生活支援員					
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	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								
就労継続支援全体の利用定員	人								
前年度の平均利用者数	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	人	※基準上の必要定員	人					
	主たる対象者	身体障害者	□細分なし	□肢体不自由	□視覚障害	□聴覚・言語	□内部障害		
	□特定なし	知的障害者	□	精神障害者	□				
	利用料								
	その他費用								
	その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	○ 有	◉ 無					
		苦情解決の措置概要	窓口（連絡先）						
			担当者						
		その他							
	協力医療機関 名　称		主な診療科名						
	協力医療機関 名　称		主な診療科名						
	協力医療機関 名　称		主な診療科名						
※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	[illegible]	○ 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（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						
	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					
	福祉専門職配置加算	○ 有 ◉ 無	目標工賃達成指導員配置加算	○ 有 ◉ 無					
	重度者支援体制加算	○ 有 ◉ 無							
	処遇改善助成金交付	◉ 有 ○ 無	処遇改善助成金キャリアパス区分	該当					
	主たるサービス種類		保障単位数（移行時運営安定化	単位					

（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．「主な掲示事項」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。

【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	フリガナ	カナガワマルサンカクシュウロウケイゾクシエン	
	名称	かながわ○△就労継続支援	
	所在地	〒 248-**** ←郵便番号を半角数字７桁で入力してください	
		神奈川県鎌倉市●●町▲▲－▲	
	連絡先	電話番号 0467-**-****	ＦＡＸ番号 0467-**-****
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等又は条例等		定款第○条第○項	
管理者	フリガナ	カナガワシロウ	
	氏名	かながわ二郎	
	住所	〒 248-**** ←郵便番号を半角数字７桁で入力してください	
		神奈川県鎌倉市○○町１２３－４５６	
当該自立訓練事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）			
他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合記入）		事業所等の名称	かながわ○△生活介護
		兼務する職種	管理者
		勤務時間	4時間/日
サービス管理責任者	フリガナ	ヨコハマタロウ	
	氏名	よこはま太郎	
	住所	〒 242-**** ←郵便番号を半角数字７桁で入力してください	
		神奈川県横浜市南区△△町１２３－４－５６７	

従業者の職種・員数（単位：人）

	職業指導員		生活支援員					
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数 常勤	1		1	2				
従業者数 非常勤		2		1				
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	24 人	※基準上の必要定員	人
主たる対象者	身体障害者	□細分なし □肢体不自由 □視覚障害 □聴覚・言語 □内部障害	
☑特定なし	知的障害者	□	精神障害者 □
利用料	運営規程に定めるとおり		
その他費用	運営規程に定めるとおり		
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	○ 有 ◉ 無	
	苦情解決の措置概要	窓口（連絡先） 0467-**-****	
		担当者 かわさき三郎	
	その他		
協力医療機関 名称	△○病院	主な診療科名	内科 精神科 / 外科 / 歯科
名称	×■医院	主な診療科名	内科
名称		主な診療科名	

※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	福祉・介護職等賃金向上加算	○ 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（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	
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	
福祉専門職配置加算	○ 有 ◉ 無	目標工賃達成指導員配置加算	○ 有 ◉ 無
重度者支援体制加算	○ 有 ◉ 無		
処遇改善助成金交付	◉ 有 ○ 無	処遇改善助成金キャリアパス区分	該当
主たるサービス種類		保障単位数（移行時運営安定化	単位

・様式第1号に入力した内容が転機されます。直接入力できません。

・半角数字で入力してください。

・半角ｶﾀｶﾅで入力してください。

・番地等を含め全て全角入力。

・管理者が当該事業所や他事業所等において兼務する場合、記載してください。

・添付する勤務表等と合致するよう記載してください。

・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。　注
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．「主な掲示事項」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

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	ﾌﾘｶﾞﾅ								
	名　称								
	所在地	〒	←郵便番号を半角数字７桁で入力してください						
	連絡先	電話番号				ＦＡＸ番号			
従業者の職種・員数	（単位：人）	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								
	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．「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。

【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	ﾌﾘｶﾞﾅ	ｶﾅｶﾞﾜﾏﾙｻﾝｶｸｼｭｳﾛｳｹｲｿﾞｸｼｴﾝ							
	名　称	かながわ○△就労継続支援従たる事業所							
	所在地	〒 248-****	←郵便番号を半角数字７桁で入力してください						
		神奈川県鎌倉市■■町１２－４－５－６７８							
	連絡先	電話番号	0467-**-****			ＦＡＸ番号	0467-**-****		
従業者の職種・員数	（単位：人）	職業指導員		生活支援員					
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	従業者数　常勤	1			1				
	従業者数　非常勤				1				
	常勤換算後の人数	1		1.5					
	※基準上の必要人数								
従たる事業所の利用定員		8　人							

・従たる事業所を設ける場合は従たる事業所の情報を入力してください。

（備考）

1．「※」のついた欄には、記載しないでください。　注

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。

●多機能型　総括表

付表13　その１

指定障害福祉サービス事業所にかかる多機能型による事業を実施する場合の記載事項（総括表）

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

実施事業			生活介護	児童デイ	自立訓練（機能）	自立訓練（生活）	就労移行支援（通常）	就労移行支援（資格）	就労継続支援（A型）	就労継続支援（B型）
		単位の有無	□有	□有	□	□	□	□	□	□
定員	合計	単位①	人	人	人	人	人	人	人	人
	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	ﾌﾘｶﾞﾅ		
	名　称		
	所在地	〒	←郵便番号を半角数字７桁で入力してください
	連絡先	電話番号	ＦＡＸ番号
多機能型の他の事業所Ⅰ	サービス種類		事業所番号
	ﾌﾘｶﾞﾅ		
	名　称		
	所在地	〒	←郵便番号を半角数字７桁で入力してください
	連絡先	電話番号	ＦＡＸ番号
多機能型の他の事業所Ⅱ	サービス種類		
	ﾌﾘｶﾞﾅ		
	名　称		
	所在地	〒	←郵便番号を半角数字７桁で入力してください
	連絡先	電話番号	ＦＡＸ番号
多機能型の他の事業所Ⅲ	サービス種類		
	ﾌﾘｶﾞﾅ		
	名　称		
	所在地	〒	←郵便番号を半角数字７桁で入力してください
	連絡先	電話番号	ＦＡＸ番号
多機能型の他の事業所Ⅳ	サービス種類		
	ﾌﾘｶﾞﾅ		
	名　称		
	所在地	〒	←郵便番号を半角数字７桁で入力してください
	連絡先	電話番号	ＦＡＸ番号
管理者	ﾌﾘｶﾞﾅ		
	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	
		兼務する職種	
		勤務時間	
管理責任者 サービス	ﾌﾘｶﾞﾅ		
	氏　名		
	住　所	〒	←郵便番号を半角数字７桁で入力してください

＊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	

【記載例】

付表13　その１

指定障害福祉サービス事業所にかかる多機能型による事業を実施する場合の記載事項（総括表）

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

実施事業		生活介護	児童デイ	自立訓練（機能）	自立訓練（生活）	就労移行支援（通常）	就労移行支援（資格）	就労継続支援（A型）	就労継続支援（B型）
	単位の有無	□有	□有	□	□	□	□	□	□
定員 合計 55 人	単位①	10 人	10 人	人	15 人	人	人	人	20 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	ﾌﾘｶﾞﾅ	ｶﾅｶﾞﾜｻﾝｶｸｼｶｸｼﾞｷﾞｮｳｼｮ			
	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	児童デイサービス		事業所番号	141*******
	ﾌﾘｶﾞﾅ	ｶﾅｶﾞﾜｻﾝｶｸｼｶｸｼﾞﾄﾞｳﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ			
	名称	かながわ△口児童デイサービス			
	所在地	〒 250-**** ←郵便番号を半角数字７桁で入力してください			
		神奈川県小田原市××町１２３－４－５６７			
	連絡先	電話番号	0465-**-****	ＦＡＸ番号	0465-**-****
多機能型の他の事業所Ⅱ	サービス種類	自立訓練（生活訓練）			
	ﾌﾘｶﾞﾅ	ｶﾅｶﾞﾜｻﾝｶｸｼｶｸｼﾞｷﾞｮｳｼｮ			
	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Ⅲ	サービス種類	就労継続支援Ｂ型			
	ﾌﾘｶﾞﾅ	ｶﾅｶﾞﾜｻﾝｶｸｼｶｸｼｭｳﾛｳｼｴﾝ			
	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１２３－４５６－７８９			
	連絡先	電話番号	0465-**-****	ＦＡＸ番号	0465-**-****
多機能型の他の事業所Ⅳ	サービス種類				
	ﾌﾘｶﾞﾅ				
	名称				
	所在地	〒 ←郵便番号を半角数字７桁で入力してください			
	連絡先	電話番号		ＦＡＸ番号	
管理者	ﾌﾘｶﾞﾅ	ｶﾅｶﾞﾜｼﾞﾛｳ			
	氏名	かながわ太郎			
	住所	〒 250-**** ←郵便番号を半角数字７桁で入力してください			
		神奈川県小田原市▲▲町１－２３－４５６			
	他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合記入）	事業所等の名称	かながわ△口就労支援		
		兼務する職種	管理者		
		勤務時間	4時間/日		
管理責任者 サービス	ﾌﾘｶﾞﾅ	ｶﾅｶﾞﾜｻﾌﾞﾛｳ			
	氏名	かながわ三郎			
	住所	〒 250-**** ←郵便番号を半角数字７桁で入力してください			
		神奈川県小田原市□□町１２－３４－５６			

＊生活介護を行う場合のみ記入

前年度の平均実利用者数	施設が申告する障害程度区分の平均値			
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下さい。

●多機能型　総括表

付表13　その２

※受付番号	

従業者の職種・員数																
（単位：人）			サービス管理責任者		医師		看護職員		生活支援員 合計		生活支援員 通所		生活支援員 訪問		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
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）			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		職業指導員 合計		職業指導員 右記以外		職業指導員 兼教官	
			専従	兼務	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														
		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
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															

（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。

【記載例】

付表13　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	
									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	従業者数	常勤	1						2	2	2	2				
		非常勤				1	1			3		3				
	常勤換算後の人数								4.2		4.2					
	※基準上の必要人数															

			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			
	常勤換算後の人数				0.5						1.8		1.8			
	※基準上の必要人数															

			その他の従業者													
			指導員		保育士											
（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．「※」のついた欄には、記載しないでください。　注

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。

●相談支援

付表14　指定相談支援事業所の指定に係る記載事項

														※受付番号	
事業所	ﾌﾘｶﾞﾅ														
	名　称														
	所在地	〒		←郵便番号を半角数字７桁で入力してください											
	連絡先	電話番号											ＦＡＸ番号		
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	ﾌﾘｶﾞﾅ														
	氏　名														
	住　所	〒		←郵便番号を半角数字７桁で入力してください											
	当該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							
								兼務する職種							
								勤務時間							
事業開始時の利用者の予定数															
従業者の職種・員数	（単位：人）		相談支援専門員												
			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														
主な掲示事項	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	□特定なし	□身体障害者	□知的障害者	□障害児	□精神障害者									
	利用料														
	その他費用														
	通常の事業の実施地域														
※加算等	相談支援特定事業所加算	○ 有	◉ 無												

（備考）

１．「※」のついた欄は、記入しないでください。

２．「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載して下さい。

３．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。

【記載例】

付表14　指定相談支援事業所の指定に係る記載事項

※受付番号

事業所	ﾌﾘｶﾞﾅ	ｶﾅｶﾞﾜﾏﾙｻﾝｶｿｳﾀﾞﾝｼｴﾝ			
	名　称	かながわ○△相談支援			
	所在地	〒 248-**** ←郵便番号を半角数字７桁で入力してください			
		神奈川県鎌倉市●●町▲▲－▲			
	連絡先	電話番号	0467-**-****	ＦＡＸ番号	0467-**-****
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等又は条例等		定款第○条第○項			
管理者	ﾌﾘｶﾞﾅ	ｶﾅｶﾞﾜｼﾞﾛｳ			
	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１２３－４５６			
	当該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			
		兼務する職種			
		勤務時間			
事業開始時の利用者の予定数		20 人			

従業者の職種・員数（単位：人）		相談支援専門員 専従	相談支援専門員 兼務
従業者数	常勤	1	1
	非常勤	1	
常勤換算後の人数			
※基準上の必要人数			

主な掲示事項										
営業日	☑月	☑火	☑水	☑木	☑金	☑土	□日			
営業時間	平日	09:00	～	17:00	土曜	09:00	～	13:00	備考	
	日曜		～		祝日		～			
主たる対象者	☑特定なし	□身体障害者	□知的障害者	□障害児	□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	横浜市栄区								
※加算等 相談支援特定事業所加算	○ 有　◉ 無									

（備考）

1．「※」のついた欄は、記入しないでください。　注

2．「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載して下さい。

3．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。

・様式第1号に入力した内容が転機されます。直接入力できません。

・半角数字で入力してください。

・半角ｶﾀｶﾅで入力してください。

・番地等含め全て全角入力。

・管理者が当該相談支援事業所において兼務がある場合、記載してください。

・管理者が他の事業所において兼務がある場合、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。

・運営規程で定めた「通常の実施地域」を記載してください。

～参考～

サービス別提出書類一覧・添付書類等の留意事項

サービス別　事業所指定申請必要書類一覧

	居宅介護 重度訪問 行動援護	療養介護	生活介護	児童デイ	短期入所	重度障害者等 包括支援	共同生活介護	自立訓練 （機能訓練）	自立訓練 （生活訓練）	就労移行支援	就労継続支援 Ａ型・Ｂ型	共同生活援助	相談支援	地域移行型 ホーム	障害者 支援施設
様式第1号　　（申請書）	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
別紙	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
口座振込（変更）依頼書	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
各種付表	付表１ １-2	付表2	付表3 3-2	付表4	付表5	付表6	付表7	付表9 9-2	付表10 10-2	付表11 11-2	付表12 12-2	付表7	付表14	付表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）							○					○		○	
入所定員・精神科病床数減少計画書														○	
管理者の誓約書	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
資産の状況	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
その他必要なもの	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
介護給付費算定に係る体制等に関する届出書		○	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○

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

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

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

添付書類、参考様式の種類と記載時の留意事項・説明 (2010209)

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

様式名等		記載時の留意事項・説明
様式第１号	指定申請書	各サービスともに申請書は同形式です。紙とともに、データを入れたＣＤ等（ＭＯ、ＵＳＢメモリ不可）も提出して下さい。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下さい。
別紙	他の法律において既に指定を受けている事業等について	他の法律において既に指定を受けている事業がある場合記載して下さい(介護保険法等)。ない場合は別紙添付の必要はありません。
口座振込（変更）依頼書		所定の様式によります。紙とともに、データを入れたＣＤ等（ＭＤ、ＵＳＢメモリ不可）も提出して下さい。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下さい。
	各種付表	・指定を受けようとする事業の種類により付表が異なります。紙とともに、データを入れたＣＤ等（ＭＤ、ＵＳＢメモリ不可）も提出して下さい。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下さい。 ・「指定申請書」「口座振替の依頼書」「付表」を一枚のＣＤ等に入れてください。その他の添付書類の電子データは必要ありませんのでご注意下さい。
申請者の定款、寄附行為等及びその登記簿謄本（又は条例）		・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。 ・公益法人等で、申請までに定款又は寄付行為の変更手続きが終了していない場合にあっては、変更認可前の定款に加えて、当該事業を行う旨の内容が確認できる書類（理事会議事録等）を提出していただき、併せて法人認可所官庁との手続き状況を報告して下さい。 ・登記簿は履歴事項全部証明書を提出して下さい。複数の事業所を同時申請する場合は、原本1部で可。（コピーも不要）。 ・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）を提出して下さい。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下さい。
運営規程		参考例をインターネットサイト「障害福祉情報サービスかながわ」に掲載しています。
参考様式１	事業所・施設の平面図	・既製の平面図（建築図面等）がある場合はそれをＡ3（またはＡ4）に縮尺の上、添付して下さい。複数の事業所で同じ建物を使う場合は、事業で使う場所が分かるように色分け等をしてください。
		・事業所の写真（外観及び内部）を添付して下さい。写真には、どの部分の写真であるか記載して下さい。
参考様式２	居室面積等一覧表	事業所の設備の面積等について記載して下さい。
参考様式３	事業所の設備・備品等一覧表	・消防設備、衛生用品を含め、事業所の設備・備品等について、基準省令の規定に沿って配慮、措置した事項について記載して下さい。
参考様式４	管理者・サービス管理責任者・サービス提供責任者・相談支援専門員の経歴書	・管理者・サービス管理責任者・サービス提供責任者について、それぞれ別に作成して下さい。 ・短期入所を申請する際には管理者の経歴書が必要です。 ・居宅介護・重度訪問介護・行動援護・重度障害者等包括支援を申請する際には、管理者・サービス提供責任者の経歴書が必要です。 ・療養介護・生活介護・児童デイ・共同生活介護・自立訓練（機能訓練・生活訓練）・就労移行支援・就労継続支援（Ａ型・Ｂ型）・共同生活援助・障害者支援施設を申請する際には、管理者・サービス管理責任者の経歴書が必要です。 ・相談支援を申請する際には、管理者・相談支援専門員の経歴書が必要です。
参考様式５	実務経験（見込）証明書	・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、それぞれ作成して下さい。研修修了書(写し)・資格を証する書面を添付して下さい。 ・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。 ・期間、日数が記載されている実務経験証明書であれば、この様式にこだわる必要はありません。

様式名等		記載時の留意事項・説明
参考様式６	利用者（入所者）又はその家族からの苦情を解決するために講ずる措置の概要	利用者（入所者）からの苦情を解決するために講じる具体的な方法を記入して下さい。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下さい。
別紙２	従業者の勤務の態勢及び勤務形態一覧表	従業者の一ヶ月の勤務体制について記入して下さい。
参考様式７	組織体制図	事業所に既存の組織体制図があればその写しで構いません。
参考様式８	指定障害福祉サービスの主たる対象者を特定する理由等	主たる対象者を特定する場合に提出して下さい。特定しない場合は提出の必要はありません。
参考様式９	障害者自立支援法第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書	当該法人の役員及び事業所を管理する者について記入し、全員の押印が必要です。複数の事業所を同時申請する場合は、原本1部で可（コピーも不要）。
別紙	役員等名簿	参考様式9で使用する役員名簿です。
参考様式１０	協力医療機関との契約の内容	協力医療機関との契約内容について記入して下さい。「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下さい。
参考様式１１	指定障害者支援施設等との連携体制及び支援の体制の概要	指定障害者支援施設等との連携体制・支援体制の概要を記載して下さい。事前に指定障害者支援施設等に了解を得て下さい。
入所定員又は精神科病院の精神病床数の減少計画書		地域移行型ホームの事業を申請する場合は提出して下さい。
管理者誓約書		指定障害福祉サービス事業所、指定障害者支援施設、指定相談支援事業所に分かれていますので、該当するものを使用して下さい。 管理者の個人印が必要です。指定申請書提出時は管理者の立会いが必要です。
申請する事業の資産の状況 ・財産目録又は決算書等 ・事業計画書 ・収支予算書		・法人の「財産目録」又は「決算書」（直近のもの）を添付して下さい。 ・「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）し添付して下さい。 ・「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下さい。
その他必要なもの		・居宅介護・重度訪問介護・行動援護の事業を申請する場合は、従業者全てについて、資格を証する書面の写しを添付してください。 ・介護保険事業所の場合は、介護保険事業所「指定通知」の写しを添付して下さい。 ・不慮の事故等に備えた、「損害賠償責任保険証書」の写しを添付して下さい。 ・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下さい。 ・地震防災対策強化地域内に所在し、障害福祉サービス事業等(居宅介護・重度訪問介護・行動援護・療養介護・重度障害者等包括支援・相談支援以外)の指定を受けようとする場合であって、利用者及び職員を含め収容人数が30人以下となる事業所・施設は、大規模地震対策特別措置法に基づく「地震防災応急計画」を作成する必要があります(収容人数が30名以上の事業所・施設は消防署への提出をもって準用されます)。参考例等をインターネットサイト「障害福祉情報サービスかながわ」→「神奈川県からのお知らせ」に掲載しています。 ※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 ・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」の写しを添付して下さい。
・介護給付費算定に係る体制等に関する届出書		サービス種類ごとに必要な書類が異なりますので注意してください。居宅介護、重度訪問介護、行動援護、重度障害者等包括支援は新規指定申請時にこの届出は必要ありません。