

付表1 (用紙 日本産業規格A4縦型)

〔 居 宅 介 護 〕  
〔 重 度 訪 問 介 護 〕  
〔 同 行 援 護 〕

事業所	フリガナ名	-----				
	所在地	(郵便番号 ----- )				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
当該事業の実施について規定されている定款、寄附行為等又は条例等の条文					第 条 第 項 第 号	
管理者	フリガナ氏名	-----		生年月日	年 月 日	
	住所	-----				
	当該指定居宅介護事業所で兼務する他の職務 (兼務の場合記入)					
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設 (兼務の場合記入)			事業所等の名称	-----	
			兼務する他の職種及び勤務時間等	-----		
サービス提供責任者	フリガナ氏名	-----		生年月日	年 月 日	
	住所	-----				
	フリガナ氏名	-----		生年月日	年 月 日	
	住所	-----				
従業者の職種及び員数		居宅介護事業従事者		その他の従業者		
		専従	兼務	専従	兼務	
		従業者数	常勤 (人)		-----	-----
			非常勤 (人)		-----	-----
		常勤換算後の人数 (人)		-----		-----
基準上の必要人数 (人)		※		※		
主な事業内容	営業日 (曜日)		-----			
	営業時間		-----			
	指定居宅介護等の内容		居宅介護【身体介護等 (身体介護・通院介助)・家事援助等 (家事援助・通院介助)・通院等乗降介助)・重度訪問介護・同行援護・行動援護			
	主たる対象者	居宅介護	特定無し・身体障害者・知的障害者・障害児・精神障害者・難病等対象者			
		重度訪問介護	特定無し・加算対象者以外・肢体不自由者・行動障害を有する者			
		同行援護	特定無し・身体障害者・障害児・難病等対象者			
		行動援護	特定無し・知的障害者・障害児・精神障害者・難病等対象者			
	利用料		-----			
	その他の費用		-----			
	通常の事業の実施地域		-----			
その他事項	第三者評価の実施状況		----- している ・ ----- していない			
	苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)	-----	担当者	
	その他		-----			
添付書類		別添のとおり				

## 備考

- 1 出張所等がある場合は、付表1の2についても記入すること。
- 2 ※印（「基準上の必要人数（人）」）欄には、記入しないこと。
- 3 「従業者の職種及び員数」欄には、出張所等がある場合には、出張所等に勤務する職員も含めて記入すること。
- 4 「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入すること。
- 5 「通常の事業の実施地域」欄には、市町名及び当該区域の全部又は一部の別を記入すること。なお、市町の一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付すること。
- 6 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。
- 7 添付書類
  - (1) 登記事項証明書又は条例等
  - (2) 事業所の平面図
  - (3) 事業所の管理者の経歴を記載した書面
  - (4) 事業所のサービス提供責任者の経歴を記載した書面
  - (5) 運営規程
  - (6) 利用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を記載した書面
  - (7) 従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書面
  - (8) 障害者総合支援法第36条第3項各号に該当しない旨の誓約書
  - (9) 事業所の所在地がわかる地図
  - (10) 事業所の外観を写した写真等
  - (11) 障害福祉サービスの主たる対象者を特定する理由書（主たる対象者を特定する場合）
  - (12) 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書
  - (13) その他指定に関し必要と認める事項を記載した書面

付表 1 の 2 (用紙 日本産業規格 A 4 縦型)

{

 居宅介護  
 重度訪問介護  
 同行行動援護
 
}
 (出張所等で一部実施する場合)

出張所等	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 — )			
	連絡先	電話番号		F A X 番号	
添付書類		別添のとおり			

添付書類

- (1) 出張所等の平面図
- (2) 出張所等の所在地がわかる地図
- (3) 出張所等の外観を写した写真等
- (4) その他指定に関し必要と認める事項を記載した書面

付表 2 (用紙 日本産業規格 A 4 縦型)

療養介護

事業所	フリガナ 名称							
	所在地	(郵便番号 — )						
	連絡先	電話番号		FAX番号				
当該事業の実施について規定されている定款、寄附行為等又は条例等の条文							第 条 第 項 第 号	
管理者	フリガナ 氏名			生年月日	年 月 日			
	住所							
	当該療養介護事業所で兼務する他の職務 (兼務の場合記入)							
	兼務する他の事業所又は施設 (兼務の場合記入)			事業所等の名称				
			兼務する他の職種及び勤務時間等					
サービス管理責任者	フリガナ 氏名			生年月日	年 月 日			
	住所							
従業者の職種及び員数	サービス管理責任者		医師		看護職員		生活支援員	
	専従		兼務		専従		兼務	
	従業者数	常勤 (人)						
		非常勤 (人)						
	常勤換算後の人数 (人)							
基準上の必要人数 (人)		※		※		※		
前年度の平均利用者数 (人)								
主な掲示事項	単位ごとの営業日 (曜日)	① :			② :			
	単位ごとの営業時間 (送迎時間を除く。)	① : 時 分 ~ 時 分			② : 時 分 ~ 時 分			
	単位ごとの利用定員	① : 人			② : 人			
設備部分	多目的室 (デイルーム)			有 ・ 無				
利用料								
その他の費用								
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	している ・ していない						
	苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)		担当者				
	その他							
添付書類	別添のとおり							

## 備考

- 1 ※印（「基準上の必要人数（人）」）欄には、記入しないこと。
- 2 新設の場合は、「前年度の平均利用者数」欄には、利用者の推定数を記入すること。
- 3 「その他の費用」欄には、入浴に係る光熱水費、食材料費、創作的活動に係る材料費等について記入すること。
- 4 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。
- 5 添付書類
  - (1) 登記事項証明書又は条例等
  - (2) 医療法（昭和23年法律第205号）第7条の許可を受けた病院であることを証する書面
  - (3) 建物の構造概要及び平面図（各室の用途を明示するもの）並びに設備の概要を記載した書面
  - (4) 事業所の管理者の経歴を記載した書面
  - (5) 事業所のサービス管理責任者の経歴を記載した書面
  - (6) 運営規程
  - (7) 利用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を記載した書面
  - (8) 従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書面
  - (9) 障害者総合支援法第36条第3項各号（同項第7号を除く。）に該当しない旨の誓約書
  - (10) 事業所の所在地がわかる地図
  - (11) 事業所の外観を写した写真等
  - (12) 障害福祉サービスの主たる対象者を特定する理由書（主たる対象者を特定する場合）
  - (13) 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書
  - (14) その他指定に関し必要と認める事項を記載した書面

付表3 (用紙 日本産業規格A4縦型)

生活介護

事業所	フリガナ名	-----										
	所在地	(郵便番号 ー )										
	連絡先	電話番号				FAX番号						
当該事業の実施について規定されている定款、寄附行為等又は条例等の条文											第 条 第 項 第 号	
管理者	フリガナ氏名	-----				生年月日	年 月 日					
	住所											
	当該生活介護事業所で兼務する他の職務 (兼務の場合記入)											
	兼務する他の事業所又は施設 (兼務の場合記入)					事業所等の名称						
					兼務する他の職種及び勤務時間等							
サービス管理責任者	フリガナ氏名	-----				生年月日	年 月 日					
住所												
従業者の職種及び員数		サービス管理責任者		医師		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 (人)											
	非常勤 (人)											
常勤換算後の人数 (人)												
基準上の必要人数 (人)		※		※		※		※		※		
従業者数		生活支援員		機能訓練指導員		その他の従業者		/				
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務					
常勤 (人)												
非常勤 (人)												
常勤換算後の人数 (人)												
基準上の必要人数 (人)		※		※		※						
前年度の平均利用者数 (人)		施設が申告する障害支援区分の平均値										
		サービス単位		4未満			4以上5未満			5以上		
		サービス単位Ⅰ										
		サービス単位Ⅱ										
サービス単位Ⅲ												
主な事業	単位ごとの営業日 (曜日)		①: _____			②: _____			③: _____			
	単位ごとの営業時間 (送迎時間を除く。)		①: 時 分 ~ 時 分			②: 時 分 ~ 時 分			③: 時 分 ~ 時 分			
	単位ごとの利用定員		①: _____ 人			②: _____ 人			③: _____ 人			
	基準上の利用定員		※ _____ 人									
	主たる対象者		特定無し・身体障害者 (細分無し、肢体不自由、視覚障害、聴覚・言語障害、内部障害) ・知的障害者・精神障害者・難病等対象者									
	多機能型実施の有無		有 ・ 無									
	通常の事業の実施地域											
	利用料											
	その他の費用											
	その他参考となる事項		第三者評価の実施状況			_____ している ・ _____ していない						
		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				
従たる事業所の設置の有無		有 ・ 無										
添付書類		別添のとおり										

## 備考

- 1 従たる事業所がある場合は、付表3の2についても記入すること。
- 2 ※印（「基準上の必要人数（人）」及び「基準上の利用定員」）欄には、記入しないこと。
- 3 新設の場合は、「前年度の平均利用者数」欄には、利用者の推定数を記入すること。
- 4 「通常の事業の実施地域」欄には、市町名及び当該区域の全部又は一部の別を記入すること。なお、市町の一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付すること。
- 5 「その他の費用」欄には、入浴に係る光熱水費、食材料費、創作的活動に係る材料費等について記入すること。
- 6 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。
- 7 添付書類
  - (1) 登記事項証明書又は条例等
  - (2) 事業所の平面図（各室の用途を明示するもの）及び設備の概要を記載した書面
  - (3) 事業所の管理者の経歴を記載した書面
  - (4) 事業所のサービス管理責任者の経歴を記載した書面
  - (5) 運営規程
  - (6) 利用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を記載した書面
  - (7) 従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書面
  - (8) 協力医療機関との契約の内容を記載した書面
  - (9) 障害者総合支援法第36条第3項各号に該当しない旨の誓約書
  - (10) 事業所の所在地がわかる地図
  - (11) 事業所の外観を写した写真等
  - (12) 障害福祉サービスの主たる対象者を特定する理由書（主たる対象者を特定する場合）
  - (13) 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書
  - (14) その他指定に関し必要と認める事項を記載した書面

付表3の2 (用紙 日本産業規格A4縦型)

生活介護 (従たる事業所で実施する場合)

事業所	フリガナ名	-----									
	所在地	(郵便番号 ー )									
	連絡先	電話番号		FAX番号							
サービス管理責任者	フリガナ氏名	-----				生年月日	年 月 日				
	住所	-----									
従業者の職種及び員数	サービス管理責任者		医師		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	
	従業者数	常勤(人)									
		非常勤(人)									
	常勤換算後の人数(人)										
	基準上の必要人数(人)		※		※		※		※		
			生活支援員		機能訓練指導員		その他の従業者		/		
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務			
	従業者数	常勤(人)									
		非常勤(人)									
	常勤換算後の人数(人)										
	基準上の必要人数(人)		※		※		※				
前年度の平均利用者数(人)	施設が申告する障害支援区分の平均値										
	サービス単位		4未満		4以上5未満		5以上				
	サービス単位Ⅰ										
	サービス単位Ⅱ										
	サービス単位Ⅲ										
主な事業	単位ごとの営業日(曜日)	①:			②:			③:			
	単位ごとの営業時間(送迎時間を除く。)	①: 時 分~ 時 分			②: 時 分~ 時 分			③: 時 分~ 時 分			
	単位ごとの利用定員	①: 人			②: 人			③: 人			
	基準上の利用定員	※ 人									
	主たる対象者	特定無し・身体障害者(細分無し、肢体不自由、視覚障害、聴覚・言語障害、内部障害)・知的障害者・精神障害者・難病等対象者									
	多機能型実施の有無	有 ・ 無									
	通常の事業の実施地域										
	利用料										
	その他の費用										
	その他参考となる事項	第三者評価の実施状況		している ・ していない							
	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						
添付書類	別添のとおり										

## 備考

- 1 ※印（「基準上の必要人数（人）」及び「基準上の利用定員」）欄には、記入しないこと。
- 2 新設の場合は、「前年度の平均利用者数」欄には、利用者の推定数を記入すること。
- 3 「通常の事業の実施地域」欄には、市町名及び当該区域の全部又は一部の別を記入すること。  
なお、市町の一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付すること。
- 4 「その他の費用」欄には、食材料費、創作的活動に係る材料費等について記入すること。
- 5 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。
- 6 添付書類
  - (1) 事業所の平面図（各室の用途を明示するもの）及び設備の概要を記載した書面
  - (2) 事業所のサービス管理責任者の経歴を記載した書面
  - (3) 利用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を記載した書面
  - (4) 従業員の勤務の体制及び勤務形態を記載した書面
  - (5) 協力医療機関との契約の内容を記載した書面
  - (6) 事業所の所在地がわかる地図
  - (7) 事業所の外観を写した写真等
  - (8) 障害福祉サービスの主たる対象者を特定する理由書（主たる対象者を特定する場合）
  - (9) その他指定に関し必要と認める事項を記載した書面

付表 4 (用紙 日本産業規格 A 4 縦型)

短期入所

事業所	フリガナ	-----													
	名称	-----													
	所在地	(郵便番号 ー )													
事業所	連絡先	電話番号					FAX番号								
	当該事業の実施について規定されている定款、寄附行為等又は条例等の条文						第 条 第 項 第 号								
管理者	フリガナ	-----				生年月日	年 月 日								
	氏名	-----													
	住所														
	当該指定短期入所事業所で兼務する他の職務 (兼務の場合記入)														
管理者	兼務する同一敷地内の他の事業所 又は施設 (兼務の場合記入)				事業所等の名称 兼務する他の職種 及び勤務時間等										
空床利用型・併設事業所型・単独型の別		併設型・空床型・単独型			併設型の 場合	利用定員			人						
前年度の平均入所者数		空床利用型			人			併設事業所型			人				
単独型事業所の居室		1室の最大定員			入所者1人当たりの 最小床面積										
従業者の 職種及び 員数	サービス 管理責任者		医師		看護職員										
	専従 兼務		専従 兼務		合計		保健師		看護師		准看護師		心理判定員		
従業者数	常勤(人)														
	非常勤(人)														
常勤換算後の人数(人)															
基準上の必要人数(人)		※		※		※								※	
従業者数	職能判定員		理学療法士等												
	専従 兼務		専従 兼務		合計		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員		あん摩マッサージ 指圧師		生活支援員
従業者数	常勤(人)														
	非常勤(人)														
常勤換算後の人数(人)															
基準上の必要人数(人)		※		※								※		※	
従業者数	職業指導員		就労支援員		介護職員		児童指導員		保育士		その他の従業者				
	専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務
従業者数	常勤(人)														
	非常勤(人)														
常勤換算後の人数(人)															
基準上の必要人数(人)		※		※		※		※		※		※			
主な 揭示 事項	主たる対象者	特定無し・身体障害者・知的障害者・障害児・精神障害者・難病等対象者													
	利用料														
	その他の費用														
	第三者評価の実施状況	している ・ していない													
その他参考となる事項	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									
添付書類	別添のとおり														

## 備考

- 1 ※印（「基準上の必要人員（人）」）欄には、記入しないこと。
- 2 「利用定員」欄には、併設事業所の定員を記入すること。
- 3 新設の場合は、「前年度の平均入所者数」欄には、入所者の推定数を記入すること。
- 4 「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入すること。
- 5 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。
- 6 添付書類
  - (1) 登記事項証明書又は条例等
  - (2) 建物の構造概要及び各室の用途を明示する平面図（当該申請に係る事業を併設事業所において行う場合は、併設本体施設の各室の用途を明示するものを含む。）並びに設備の概要を記載した書面
  - (3) 事業所の管理者の経歴を記載した書面
  - (4) 運営規程
  - (5) 利用者又はその家族からの苦情を処理するために講ずる措置の概要を記載した書面
  - (6) 従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書面
  - (7) 協力医療機関との契約の内容を記載した書面
  - (8) 障害者総合支援法第36条第3項各号に該当しない旨の誓約書
  - (9) 事業所の所在地がわかる地図
  - (10) 事業所の外観を写した写真等
  - (11) 障害福祉サービスの主たる対象者を特定する理由書（主たる対象者を特定する場合）
  - (12) 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書
  - (13) その他指定に関し必要と認める事項を記載した書面

付表5 (用紙 日本産業規格A4縦型)

重度障害者等包括支援

事業所	フリガナ	-----										
	名 称	-----										
	所在地	(郵便番号 -----)										
連絡先	電話番号						FAX番号					
当該事業の実施について規定されている定款、寄附行為等又は条例等の条文							第 条 第 項 第 号					
管理者	フリガナ	-----			生年月日	年 月 日						
	氏 名	-----										
	住所	-----										
	当該指定居宅介護事業所で兼務する他の職務 (兼務の場合記入)											
兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設 (兼務の場合記入)		事業所等の名称										
		兼務する他の職種及び勤務時間等										
サービス提供責任者	フリガナ	-----			生年月日	年 月 日						
	氏 名	-----										
	住所	-----										
	フリガナ	-----			生年月日	年 月 日						
	氏 名	-----										
	住所	-----										
事業所の体制	他に指定を受けている障害福祉サービス	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	所在地	事業所番号							
		-----										
協力体制を有する医療機関	名称	-----										
利用者からの連絡対応体制の概要	-----											
主な揭示事項	主たる対象者	特定無し・I類型・II類型・III類型										
	利用者数	人										
	利用料	-----										
	その他の費用	-----										
	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	している・していない									
苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)				担当者						
その他		-----										
添付書類	別添のとおり											

## 備考

- 1 出張所等がある場合は、付表5の2についても記入すること。
- 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入すること。
- 3 「委託による提携事業所」欄には、第三者に委託して提供する障害福祉サービスについて記入すること。
- 4 「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入すること。
- 5 「通常の事業の実施地域」欄には、市町名及び当該区域の全部又は一部の別を記入すること。  
なお、市町の一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付すること。
- 6 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。
- 7 添付書類
  - (1) 登記事項証明書又は条例等
  - (2) 事業所の平面図
  - (3) 事業所の管理者の経歴を記載した書面
  - (4) 事業所のサービス提供責任者の経歴を記載した書面
  - (5) 運営規程
  - (6) 利用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を記載した書面
  - (7) 従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書面
  - (8) 医療機関との協力体制の概要を記載した書面
  - (9) 障害者総合支援法第36条第3項各号に該当しない旨の誓約書
  - (10) 事業所の所在地がわかる地図
  - (11) 事業所の外観を写した写真等
  - (12) 障害福祉サービスの主たる対象者を特定する理由書（主たる対象者を特定する場合）
  - (13) 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書
  - (14) その他指定に関し必要と認める事項を記載した書面

付表 5 の 2 (用紙 日本産業規格 A 4 縦型)

重度障害者等包括支援 (出張所等で一部実施する場合)

出張所等	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 — )			
	連絡先	電話番号		F A X 番号	
添付書類		別添のとおり			

添付書類

- (1) 出張所等の平面図
- (2) 出張所等の所在地がわかる地図
- (3) 出張所等の外観を写した写真等
- (4) その他指定に関し必要と認める事項を記載した書面







## 備考

- 1 ※印（「基準上の必要人員（人）」）欄には、記入しないこと。
- 2 「その他の費用」欄には、入居者が分担して負担することになる経費（家賃、光熱水費、食材料費、日用品費等）を記入すること。
- 3 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。
- 4 複数の共同生活住居がある場合は、「主たる事業所」欄には、いずれの共同生活住居に対しても、おおむね30分で移動可能な範囲にある事業所を記入すること。
- 5 添付書類
  - (1) 登記事項証明書又は条例等
  - (2) 建物の構造概要及び平面図（各室の用途を明示するもの）並びに設備の概要を記載した書面
  - (3) 事業所の管理者の経歴を記載した書面
  - (4) 事業所のサービス管理責任者の経歴を記載した書面
  - (5) 運営規程
  - (6) 利用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を記載した書面
  - (7) 従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書面
  - (8) 協力医療機関との契約の内容を記載した書面
  - (9) 協力歯科医療機関との契約内容を記載した書面（協力歯科医療機関がある場合）
  - (10) 関係機関との連携その他の適切な支援体制の概要を記載した書面
  - (11) 障害者総合支援法第36条第3項各号に該当しない旨の誓約書
  - (12) 事業所の所在地がわかる地図
  - (13) 事業所の外観を写した写真等
  - (14) 障害福祉サービスの主たる対象者を特定する理由書（主たる対象者を特定する場合）
  - (15) 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書
  - (16) その他指定に関し必要と認める事項を記載した書面

付表7 (用紙 日本産業規格A4縦型)

自立訓練 (機能訓練)

事業所	フリガナ名	-----									
	所在地	(郵便番号 ----- )									
	連絡先	電話番号				FAX番号					
当該事業の実施について規定されている定款、寄附行為等又は条例等の条文					第 条 第 項 第 号						
管理者	フリガナ氏名	-----			生年月日	年 月 日					
	住所										
	当該自立訓練事業所で兼務する他の職務 (兼務の場合記入)										
	兼務する他の事業所又は施設 (兼務の場合記入)			事業所等の名称		兼務する他の職種及び勤務時間等					
サービス管理責任者	フリガナ氏名	-----			生年月日	年 月 日					
	住所										
訪問事業の実施の有無		有 ・ 無									
従業者の職種及び員数		サービス管理責任者		看護職員		理学療法士		作業療法士		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 (人)									
		非常勤 (人)									
常勤換算後の人数 (人)											
基準上の必要人数 (人)		※		※		※		※		※	
機能訓練指導員		専従		兼務		専従		兼務		その他の従業者	
		専従		兼務		専従		兼務			
従業者数		常勤 (人)									
		非常勤 (人)									
常勤換算後の人数 (人)											
基準上の必要人数 (人)		※		※							
前年度の平均利用者数 (人)											
主な掲示事項	営業日 (曜日)										
	営業時間										
	利用定員	人									
	基準上の利用定員	※ 人									
	主たる対象者	特定無し・身体障害者 (細分無し、肢体不自由、視覚障害、聴覚・言語障害、内部障害) ・知的障害者・精神障害者・難病等対象者									
	多機能型実施の有無	有 ・ 無									
	通常の事業の実施地域										
	利用料										
	その他の費用										
	その他参考となる事項	第三者評価の実施状況		している ・ していない							
	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						
従たる事業所の設置の有無		有 ・ 無									
添付書類		別添のとおり									

## 備考

- 1 従たる事業所がある場合は、付表7の2についても記入すること。
- 2 ※印（「基準上の必要人数（人）」及び「基準上の利用定員」）欄には、記入しないこと。
- 3 新設の場合は、「前年度の平均利用者数」欄には、利用者の推定数を記入すること。
- 4 「通常の事業の実施地域」欄には、市町名及び当該区域の全部又は一部の別を記入すること。  
なお、市町の一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付すること。
- 5 「その他の費用」欄には、食材料費等について記入すること。
- 6 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。
- 7 添付書類
  - (1) 登記事項証明書又は条例等
  - (2) 事業所の平面図（各室の用途を明示するもの）及び設備の概要を記載した書面
  - (3) 事業所の管理者の経歴を記載した書面
  - (4) 事業所のサービス管理責任者の経歴を記載した書面
  - (5) 運営規程
  - (6) 利用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を記載した書面
  - (7) 従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書面
  - (8) 協力医療機関との契約の内容を記載した書面
  - (9) 障害者総合支援法第36条第3項各号に該当しない旨の誓約書
  - (10) 事業所の所在地がわかる地図
  - (11) 事業所の外観を写した写真等
  - (12) 障害福祉サービスの主たる対象者を特定する理由書（主たる対象者を特定する場合）
  - (13) 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書
  - (14) その他指定に関し必要と認める事項を記載した書面

付表7の2 (用紙 日本産業規格A4縦型)

自立訓練(機能訓練) (従たる事業所で実施する場合)

事業所	フリガナ	-----									
	名称										
	所在地	(郵便番号 ー )									
サービス管理責任者	フリガナ	-----						生年月日	年 月 日		
	氏名										
住所											
訪問事業実施の有無	有 ・ 無										
従業者の職種及び員数	サービス管理責任者		看護職員		理学療法士		作業療法士		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(人)									
		非常勤(人)									
	常勤換算後の人数(人)										
	基準上の必要人数(人)		※		※		※		※		
			機能訓練指導員		その他の従業者		/				
			専従	兼務	専従	兼務					
	従業者数	常勤(人)									
		非常勤(人)									
常勤換算後の人数(人)											
基準上の必要人数(人)		※		※							
前年度の平均利用者数(人)											
主な事業	営業日(曜日)										
	営業時間										
	利用定員	人									
	基準上の利用定員	※ 人									
	主たる対象者	特定無し・身体障害者(細分無し、肢体不自由、視覚障害、聴覚・言語障害、内部障害)・知的障害者・精神障害者・難病等対象者									
	多機能型実施の有無	有 ・ 無									
	通常の事業の実施地域										
	利用料										
	その他の費用										
	事項	第三者評価の実施状況		している ・ していない							
その他参考となる事項		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					
添付書類	別添のとおり										

## 備考

- 1 ※印（「基準上の必要人数（人）」及び「基準上の利用定員」）欄には、記入しないこと。
- 2 新設の場合は、「前年度の平均利用者数」欄には、利用者の推定数を記入すること。
- 3 「通常の事業の実施地域」欄には、市町名及び当該区域の全部又は一部の別を記入すること。  
なお、市町の一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付すること。
- 4 「その他の費用」欄には、食材料費等について記入すること。
- 5 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。
- 6 添付書類
  - (1) 事業所の平面図（各室の用途を明示するもの）及び設備の概要を記載した書面
  - (2) 事業所のサービス管理責任者の経歴を記載した書面
  - (3) 利用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を記載した書面
  - (4) 従業員の勤務の体制及び勤務形態を記載した書面
  - (5) 協力医療機関との契約の内容を記載した書面
  - (6) 事業所の所在地がわかる地図
  - (7) 事業所の外観を写した写真等
  - (8) 障害福祉サービスの主たる対象者を特定する理由書（主たる対象者を特定する場合）
  - (9) その他指定に関し必要と認める事項を記載した書面

付表 8 (用紙 日本産業規格 A 4 縦型)

自立訓練 (生活訓練)

事業所	フリガナ 名 称	-----										
	所在地	(郵便番号 — )										
	連絡先	電話番号					FAX番号					
当該事業の実施について規定されている定款、寄附行為等又は条例等の条文						第	条	第	項	第	号	
管理者	フリガナ 氏 名	-----				生年月日	年 月 日					
	住 所											
	当該自立訓練事業所で兼務する他の職務 (兼務の場合記入)											
	兼務する他の事業所又は施設 (兼務の場合記入)					事業所等の名称						
					兼務する他の職種及び勤務時間等							
サービス管理責任者	フリガナ 氏 名	-----				生年月日	年 月 日					
	住 所											
訪問事業の実施の有無		有 ・ 無										
従業者の職種及び員数		サービス管理責任者		生活支援員		地域移行支援員		看護職員		その他の従業者		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
		従業者数	常勤 (人)									
			非常勤 (人)									
		常勤換算後の人数 (人)										
基準上の必要人数 (人)		※		※		※		※		※		
前年度の平均利用者数 (人)												
設備基準上の数値記載事項										基準上の必要値		
居室 (宿泊型実施の場合)		1 室 の 最 大 定 員				人		※		人		
		入居者 1 人 当 た り の 最 小 床 面 積				㎡		※		㎡		
主な 掲 示 事 項	営業日 (曜日)											
	営業時間											
	利用定員	人										
	基準上の利用定員	※ 人										
	主たる対象者	特定無し・身体障害者 (細分無し、肢体不自由、視覚障害、聴覚・言語障害、内部障害)・知的障害者・精神障害者・難病等対象者										
	多機能型実施の有無	有 ・ 無										
	通常の事業の実施地域											
	利用料											
	その他の費用											
	その他参考となる事項	第三者評価の実施状況		している ・ していない								
	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					
従たる事業所の設置の有無		有 ・ 無										
添付書類		別添のとおり										

## 備考

- 1 従たる事業所がある場合は、付表8の2についても記入すること。
- 2 ※印（「基準上の必要人数（人）」、「基準上の必要値」及び「基準上の利用定員」）欄には、記入しないこと。
- 3 新設の場合は、「前年度の平均利用者数」欄には、利用者の推定数を記入すること。
- 4 「通常の事業の実施地域」欄には、市町名及び当該区域の全部又は一部の別を記入すること。  
なお、市町の一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付すること。
- 5 「その他の費用」欄には食材料費等について記入すること。
- 6 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。
- 7 添付書類
  - (1) 登記事項証明書又は条例等
  - (2) 事業所の平面図（各室の用途を明示するもの）及び設備の概要を記載した書面
  - (3) 事業所の管理者の経歴を記載した書面
  - (4) 事業所のサービス管理責任者の経歴を記載した書面
  - (5) 運営規程
  - (6) 利用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を記載した書面
  - (7) 従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書面
  - (8) 協力医療機関との契約の内容を記載した書面
  - (9) 障害者総合支援法第36条第3項各号に該当しない旨の誓約書
  - (10) 事業所の所在地がわかる地図
  - (11) 事業所の外観を写した写真等
  - (12) 障害福祉サービスの主たる対象者を特定する理由書（主たる対象者を特定する場合）
  - (13) 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書
  - (14) その他指定に関し必要と認める事項を記載した書面

付表8の2 (用紙 日本産業規格A4縦型)

自立訓練（生活訓練）（従たる事業所で実施する場合）

事業所	フリガナ											
	名称											
	所在地		(郵便番号 — )									
	連絡先		電話番号				FAX番号					
サービス管理責任者	フリガナ氏名					生年月日	年 月 日					
	住所											
訪問事業実施の有無			有 ・ 無									
従業者の職種及び員数			サービス管理責任者		生活支援員		地域移行支援員		看護職員		その他の従業者	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤(人)											
	非常勤(人)											
常勤換算後の人数(人)												
基準上の必要人数(人)			※		※		※		※			
前年度の平均利用者数(人)												
主な事業所	営業日(曜日)											
	営業時間											
	利用定員		人									
	基準上の利用定員		※ 人									
	主たる対象者		特定無し・身体障害者(細分無し、肢体不自由、視覚障害、聴覚・言語障害、内部障害)・知的障害者・精神障害者・難病等対象者									
	多機能型実施の有無		有 ・ 無									
	通常の事業の実施地域											
	利用料											
その他事項	その他の費用											
	その他参考となる事項		第三者評価の実施状況			している ・ していない						
			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				
添付書類		別添のとおり										

## 備考

- 1 ※印（「基準上の必要人数（人）」及び「基準上の利用定員」）欄には、記入しないこと。
- 2 新設の場合は、「前年度の平均利用者数」欄には、利用者の推定数を記入すること。
- 3 「通常の事業の実施地域」欄には、市町名及び当該区域の全部又は一部の別を記入すること。  
なお、市町の一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付すること。
- 4 「その他の費用」欄には食材料費等について記入すること。
- 5 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。
- 6 添付書類
  - (1) 事業所の平面図（各室の用途を明示するもの）及び設備の概要を記載した書面
  - (2) 事業所のサービス管理責任者の経歴を記載した書面
  - (3) 利用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を記載した書面
  - (4) 従業員の勤務の体制及び勤務形態を記載した書面
  - (5) 協力医療機関との契約の内容を記載した書面
  - (6) 事業所の所在地がわかる地図
  - (7) 事業所の外観を写した写真等
  - (8) 障害福祉サービスの主たる対象者を特定する理由書（主たる対象者を特定する場合）
  - (9) その他指定に関し必要と認める事項を記載した書面

付表9 (用紙 日本産業規格A 4縦型)

就労移行支援 一般型  
資格取得型

事業所	フリガナ												
	名 称												
	所在地	(郵便番号 — )											
連 絡 先	電話番号					FAX番号							
当該事業の実施について規定されている定款、寄附行為等又は条例等の条文							第 条 第 項 第 号						
管 理 者	フリガナ					生年月日	年 月 日						
	氏 名												
	住 所												
			当該就労移行支援事業所で兼務する他の職務 (兼務の場合記入)										
者	兼務する他の事業所又は施設 (兼務の場合記入)				事業所等の名称								
					兼務する他の職種及び勤務時間等								
サービス管理責任者	フリガナ					生年月日	年 月 日						
	氏 名												
		住 所											
従業者の職種及び員数		サービス管理責任者		職業指導員		生活支援員		就労支援員		その他の従業者			
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
従業者数	常勤 (人)												
	非常勤 (人)												
常勤換算後の人数 (人)													
基準上の必要人数 (人)		※		※		※		※		※			
前年度の平均利用者数 (人)													
主 な 掲 示 事 項	営 業 日 ( 曜 日 )												
	営 業 時 間												
利 用 定 員		人											
基 準 上 の 利 用 定 員		※ 人											
主 たる 対 象 者		特定無し・身体障害者 (細分無し、肢体不自由、視覚障害、聴覚・言語障害、内部障害)・知的障害者・精神障害者・難病等対象者											
多機能型実施の有無		有 ・ 無											
通常の実業の実施地域													
利 用 料													
そ の 他 の 費 用													
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況				している ・ していない							
		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						
連 携 す る 就 労 支 援 機 関													
従たる事業所の設置の有無		有 ・ 無											
添 付 書 類		別添のとおり											

## 備考

- 1 従たる事業所がある場合は、付表9の2についても記入すること。
- 2 ※印（「基準上の必要人数（人）」及び「基準上の利用定員」）欄には、記入しないこと。
- 3 新設の場合は、「前年度の平均利用者数」欄には、利用者の推定数を記入すること。
- 4 「通常の事業の実施地域」欄には、市町名及び当該区域の全部又は一部の別を記入すること。  
なお、市町の一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付すること。
- 5 「その他の費用」欄には、食材料費等について記入すること。
- 6 「連携する就労支援機関」欄には、就労支援ネットワーク及びネットワーク内の就労支援機関の名称を記入すること。
- 7 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。
- 8 添付書類
  - (1) 登記事項証明書又は条例等
  - (2) 事業所の平面図（各室の用途を明示するもの）及び設備の概要を記載した書面
  - (3) 事業所の管理者の経歴を記載した書面
  - (4) 事業所のサービス管理責任者の経歴を記載した書面
  - (5) 運営規程
  - (6) 利用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を記載した書面
  - (7) 従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書面
  - (8) 協力医療機関との契約の内容を記載した書面
  - (9) 障害者総合支援法第36条第3項各号に該当しない旨の誓約書
  - (10) 事業所の所在地がわかる地図
  - (11) 事業所の外観を写した写真等
  - (12) 障害福祉サービスの主たる対象者を特定する理由書（主たる対象者を特定する場合）
  - (13) 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書
  - (14) その他指定に関し必要と認める事項を記載した書面

付表9の2 (用紙 日本産業規格A4縦型)

就労移行支援 (従たる事業所で実施する場合)

事業所	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 — )										
サービス管理責任者	フリガナ							生年月日	年 月 日			
	氏名											
住所												
訪問事業実施の有無		有 ・ 無										
従業者の職種及び員数		サービス管理責任者		職業指導員		生活支援員		就労支援員		その他の従業者		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
		従業者数	常勤(人)									
			非常勤(人)									
		常勤換算後の人数(人)										
基準上の必要人数(人)		※		※		※		※		※		
前年度の平均利用者数(人)												
主な掲示事項	営業日(曜日)											
	営業時間											
	利用定員	人										
	基準上の利用定員	※ 人										
	主たる対象者	特定無し・身体障害者(細分無し、肢体不自由、視覚障害、聴覚・言語障害、内部障害)・知的障害者・精神障害者・難病等対象者										
	多機能型実施の有無	有 ・ 無										
	通常の事業の実施地域											
	利用料											
	その他の費用											
	その他参考となる事項	第三者評価の実施状況		している ・ していない								
	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						
添付書類	別添のとおり											

## 備考

- 1 ※印（「基準上の必要人数（人）」及び「基準上の利用定員」）欄には、記入しないこと。
- 2 新設の場合は、「前年度の平均利用者数」欄には、利用者の推定数を記入すること。
- 3 「通常の事業の実施地域」欄には、市町名及び当該区域の全部又は一部の別を記入すること。  
なお、市町の一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付すること。
- 4 「その他の費用」欄には、食材料費等について記入すること。
- 5 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。
- 6 添付書類
  - (1) 事業所の平面図（各室の用途を明示するもの）及び設備の概要を記載した書面
  - (2) 事業所のサービス管理責任者の経歴を記載した書面
  - (3) 利用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を記載した書面
  - (4) 従業員の勤務の体制及び勤務形態を記載した書面
  - (5) 協力医療機関との契約の内容を記載した書面
  - (6) 事業所の所在地がわかる地図
  - (7) 事業所の外観を写した写真等
  - (8) 障害福祉サービスの主たる対象者を特定する理由書（主たる対象者を特定する場合）
  - (9) その他指定に関し必要と認める事項を記載した書面

付表10 (用紙 日本産業規格A4縦型)

就労継続支援 A 型  
B 型

事業所	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 — )									
事業所	連絡先	電話番号				FAX番号					
	当該事業の実施について規定されている定款、寄附行為等又は条例等の条文					第 条 第 項 第 号					
管理者	フリガナ					生年月日	年 月 日				
	氏名										
	住所										
	当該就労継続支援事業所で兼務する他の職務 (兼務の場合記入)										
者	兼務する他の事業所又は施設 (兼務の場合記入)				事業所等の名称						
					兼務する他の職種及び勤務時間等						
サービス管理責任者	フリガナ					生年月日	年 月 日				
	氏名										
従業者の職種及び員数		サービス管理責任者		職業指導員		生活支援員		その他の従業者		/	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
従業者数	常勤 (人)										
	非常勤 (人)										
常勤換算後の人数 (人)											
基準上の必要人数 (人)		※		※		※		※			
前年度の平均利用者数 (人)											
主な掲示事項	営業日 (曜日)										
	営業時間										
	利用定員		人								
	基準上の利用定員		※ 人								
	主たる対象者		特定無し・身体障害者 (細分無し、肢体不自由、視覚障害、聴覚・言語障害、内部障害) ・知的障害者・精神障害者・難病等対象者								
	多機能型実施の有無		有 ・ 無								
	通常の事業の実施地域										
	利用料										
	その他の費用										
	その他参考となる事項		第三者評価の実施状況			している ・ していない					
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					
従たる事業所の設置の有無		有 ・ 無									
添付書類		別添のとおり									

## 備考

- 1 従たる事業所がある場合は、付表10の2についても記入すること。
- 2 ※印（「基準上の必要人数（人）」及び「基準上の利用定員」）欄には、記入しないこと。
- 3 新設の場合は、「前年度の平均利用者数」欄には、利用者の推定数を記入すること。
- 4 「通常の事業の実施地域」欄には、市町名及び当該区域の全部又は一部の別を記入すること。  
なお、市町の一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付すること。
- 5 「その他の費用」欄には、食材料費等について記入すること。
- 6 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。
- 7 添付書類
  - (1) 定款（就労継続支援A型に限る）、寄附行為等（就労継続支援A型に限る）及び登記事項証明書又は条例等
  - (2) 事業所の平面図（各室の用途を明示するもの）及び設備の概要を記載した書面
  - (3) 事業所の管理者の経歴を記載した書面
  - (4) 事業所のサービス管理責任者の経歴を記載した書面
  - (5) 運営規程
  - (6) 利用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を記載した書面
  - (7) 従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書面
  - (8) 協力医療機関との契約の内容を記載した書面
  - (9) 障害者総合支援法第36条第3項各号に該当しない旨の誓約書
  - (10) 事業所の所在地がわかる地図
  - (11) 事業所の外観を写した写真等
  - (12) 障害福祉サービスの主たる対象者を特定する理由書（主たる対象者を特定する場合）
  - (13) 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書
  - (14) その他指定に関し必要と認める事項を記載した書面

付表10の2 (用紙 日本産業規格A4縦型)

就労継続支援 (従たる事業所で実施する場合)

事業所	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 — )									
サービス管理責任者	フリガナ							生年月日	年 月 日		
	氏名										
住所											
訪問事業実施の有無		有 ・ 無									
従業者の職種及び員数		サービス管理責任者		職業指導員		生活支援員		その他の従業者		/	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
		従業員数	常勤(人)								
			非常勤(人)								
		常勤換算後の人数(人)									
基準上の必要人数(人)		※		※		※		※			
前年度の平均利用者数(人)											
主な事業	営業日(曜日)										
	営業時間										
	利用定員	人									
	基準上の利用定員	※ 人									
	主たる対象者	特定無し・身体障害者(細分無し、肢体不自由、視覚障害、聴覚・言語障害、内部障害)・知的障害者・精神障害者・難病等対象者									
	多機能型実施の有無	有 ・ 無									
	通常の事業の実施地域										
	利用料										
	その他の費用										
	その他参考となる事項	第三者評価の実施状況		している ・ していない							
	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					
添付書類	別添のとおり										

## 備考

- 1 ※印（「基準上の必要人数（人）」及び「基準上の利用定員」）欄には、記入しないこと。
- 2 新設の場合は、「前年度の平均利用者数」欄には、利用者の推定数を記入すること。
- 3 「通常の事業の実施地域」欄には、市町名及び当該区域の全部又は一部の別を記入すること。  
なお、市町の一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付すること。
- 4 「その他の費用」欄には、食材料費等について記入すること。
- 5 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。
- 6 添付書類
  - (1) 事業所の平面図（各室の用途を明示するもの）及び設備の概要を記載した書面
  - (2) 事業所のサービス管理責任者の経歴を記載した書面
  - (3) 利用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を記載した書面
  - (4) 従業員の勤務の体制及び勤務形態を記載した書面
  - (5) 協力医療機関との契約の内容を記載した書面
  - (6) 事業所の所在地がわかる地図
  - (7) 事業所の外観を写した写真等
  - (8) 障害福祉サービスの主たる対象者を特定する理由書（主たる対象者を特定する場合）
  - (9) その他指定に関し必要と認める事項を記載した書面

付表 11 (用紙 日本産業規格 A 4 縦型)

就労定着支援

事業所	フリガナ								
	名称								
	所在地		(郵便番号 — )						
	連絡先		電話番号		FAX番号				
当該事業の実施について規定されている定款、寄附行為等又は条例等の条文					第 条 第 項 第 号				
管理者	フリガナ				生年月日				
	氏名				年 月 日				
	住所								
			当該就労定着支援事業所で兼務する他の職務 (兼務の場合記入)						
	兼務する他の事業所又は施設 (兼務の場合記入)		事業所等の名称						
		兼務する他の職種及び勤務時間等							
サービス管理責任者	フリガナ				生年月日				
	氏名				年 月 日				
		住所							
従業者の職種及び員数		サービス管理責任者		就労定着支援員		その他の従業者			
		専従		兼務		専従		兼務	
		従業者数		常勤 (人)					
				非常勤 (人)					
		常勤換算後の人数 (人)							
基準上の必要人数 (人)		※		※		※			
前年度の平均利用者数 (人)									
生活介護等の前年度平均利用者数 (人)									
過去3年間の平均移行者数 (人)									
主な 掲 示 事 項	営業日 (曜日)								
	営業時間								
	主たる対象者		特定無し・身体障害者・知的障害者・精神障害者・難病等対象者						
	通常の事業の実施地域								
	利用料								
	その他の費用								
	その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している ・ していない				
			苦情解決の措置概要		窓口 (連絡先)		担当者		
その他									
添付書類		別添のとおり							

## 備考

- 1 ※印（「基準上の必要人数（人）」）欄には、記入しないこと。
- 2 新設の場合は、「前年度の平均利用者数」欄には、利用者の推定数を記入すること。
- 3 「生活介護等の前年度平均利用者数（人）」欄には、就労定着支援の事業と一体的に運営する生活介護、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型又は就労継続支援B型の事業に係る前年度の平均利用者数を記入すること。
- 4 「過去3年間の平均移行者数（人）」欄には、過去3年間において生活介護、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型又は就労継続支援B型の事業の利用者を、通常の事業所に新たに雇用させた数を記入すること。
- 5 「通常の事業の実施地域」欄には、市町名及び当該区域の全部又は一部の別を記入すること。  
なお、市町の一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付すること。
- 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入すること。
- 7 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。
- 8 添付書類
  - (1) 登記事項証明書又は条例等
  - (2) 事業所の平面図（各室の用途を明示するもの）及び設備の概要を記載した書面
  - (3) 事業所の管理者の経歴を記載した書面
  - (4) 事業所のサービス管理責任者の経歴を記載した書面
  - (5) 運営規程
  - (6) 利用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を記載した書面
  - (7) 従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書面
  - (8) 障害者総合支援法第36条第3項各号に該当しない旨の誓約書
  - (9) 事業所の所在地がわかる地図
  - (10) 事業所の外観を写した写真等
  - (11) 障害福祉サービスの主たる対象者を特定する理由書（主たる対象者を特定する場合）
  - (12) 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書
  - (13) その他指定に関し必要と認める事項を記載した書面

付表 12 (用紙 日本産業規格 A 4 縦型)

自立生活援助

事業所	フリガナ						
	名称						
	所在地	(郵便番号 — )					
連絡先	電話番号			FAX番号			
	当該事業の実施について規定されている定款、寄附行為等又は条例等の条文				第 条 第 項 第 号		
管理者	フリガナ				生年月日	年 月 日	
	氏名						
	住所						
	当該自立生活援助事業所で兼務する他の職務 (兼務の場合記入)						
兼務する他の事業所又は施設 (兼務の場合記入)	事業所等の名称						
	兼務する他の職種及び勤務時間等						
サービス管理責任者	フリガナ				生年月日	年 月 日	
	氏名						
	住所						
従業者の職種及び員数	サービス管理責任者		地域生活支援員		その他の従業者		
	専従		兼務		専従		
	専従		兼務		専従		
	専従		兼務		専従		
	専従		兼務		専従		
従業者数	常勤 (人)						
	非常勤 (人)						
常勤換算後の人数 (人)							
基準上の必要人数 (人)		※		※			
前年度の平均利用者数 (人)							
常時の連絡体制の確保の具体的方法							
主な掲示事項	営業日 (曜日)						
	営業時間						
	主たる対象者		特定無し・身体障害者・知的障害者・精神障害者・難病等対象者				
	通常の事業の実施地域						
	利用料						
	その他の費用						
	その他参考となる事項		第三者評価の実施状況	している ・ していない			
			苦情解決の措置概要	窓口 (連絡先)		担当者	
その他							
添付書類		別添のとおり					

## 備考

- 1 ※印（「基準上の必要人数（人）」）欄には、記入しないこと。
- 2 新設の場合は、「前年度の平均利用者数」欄には、利用者の推定数を記入すること。
- 3 「常時の連絡体制の確保の具体的方法」欄には、営業時間以外の事業所の人員体制（宿直等）や利用者との連絡体制を含め、具体的に記載すること。
- 4 「通常の事業の実施地域」欄には、市町名及び当該区域の全部又は一部の別を記入すること。  
なお、市町の一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付すること。
- 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入すること。
- 6 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。
- 7 添付書類
  - (1) 登記事項証明書又は条例等
  - (2) 事業所の平面図（各室の用途を明示するもの）及び設備の概要を記載した書面
  - (3) 事業所の管理者の経歴を記載した書面
  - (4) 事業所のサービス管理責任者の経歴を記載した書面
  - (5) 運営規程
  - (6) 利用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を記載した書面
  - (7) 従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書面
  - (8) 障害者総合支援法第36条第3項各号に該当しない旨の誓約書
  - (9) 事業所の所在地がわかる地図
  - (10) 事業所の外観を写した写真等
  - (11) 障害福祉サービスの主たる対象者を特定する理由書（主たる対象者を特定する場合）
  - (12) 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書
  - (13) その他指定に関し必要と認める事項を記載した書面

付表 13 (用紙 日本産業規格 A 4 縦型)

多機能型による事業を実施する場合の総括表

主たる事業所	フリガナ					
	名					
	所在地	(郵便番号 — )				
従たる事業所①	フリガナ					
	名					
	所在地	(郵便番号 — )				
従たる事業所②	フリガナ					
	名					
	所在地	(郵便番号 — )				
従たる事業所③	フリガナ					
	名					
	所在地	(郵便番号 — )				
従たる事業所④	フリガナ					
	名					
	所在地	(郵便番号 — )				
主たる対象者	特定無し・身体障害者(細分無し、肢体不自由、視覚障害、聴覚・言語障害、内部障害)・知的障害者・精神障害者・難病等対象者					
平均障害支援区分 (生活介護のみ)	事業者等が申告する障害支援区分の平均値					
	4未満		4以上5未満		5以上	
	前年度の平均利用者数	サービス単位Ⅰ				
		サービス単位Ⅱ				
サービス単位Ⅲ						
実施事業	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 (一般)	就労移行支援 (資格取得)	就労継続支援 (A型)
	サービス単位					
	有 無					
主たる事業所						
従たる事業所						
実施事業	就労継続支援 (B型)	児童発達支援	医療型 児童発達支援	放課後等デイサービス		保育所等訪問支援
		サービス単位		サービス単位		
	有 無	有 無				
主たる事業所						
従たる事業所						
定員	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 (一般)	就労移行支援 (資格取得)	
合計						
主たる事業所(人)						
従たる事業所(人)						
定員	就労継続支援 (B型)	児童発達支援	医療型児童発達支援	放課後等デイサービス		合計
		サービス単位		サービス単位		
	有 無	有 無				
主たる事業所(人)						
従たる事業所(人)						



合計	従業者数	常勤(人)															
		非常勤(人)															
	常勤換算後の人数(人)																
	基準上の必要人数(人)		※		※		※		※		※		※		※		※
主たる事業所	従業者数	常勤(人)															
		非常勤(人)															
	常勤換算後の人数(人)																
	基準上の必要人数(人)		※		※		※		※		※		※		※		※
従たる事業所	従業者数	常勤(人)															
		非常勤(人)															
	常勤換算後の人数(人)																
	基準上の必要人数(人)		※		※		※		※		※		※		※		※

備考

- 1 ※印（「基準上の必要人数（人）」）欄には、記入しないこと。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。

付表14 (用紙 日本産業規格A 4縦型)

障害者支援施設

施設	フリガナ 名称	-----								
	所在地	(郵便番号 ー )								
	連絡先	電話番号		FAX番号						
当該施設について規定されている定款、寄附行為等又は条例等の条文				第 条 第 項 第 号						
管理者	フリガナ 氏名	-----	生年月日	年 月 日						
	住所									
サービス 管理責任者	フリガナ 氏名	-----	生年月日	年 月 日						
	住所									
昼間実施サービスの 定員 (人)	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 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						
併設施設の定員		人	併設施設の種別							
昼間サービスの 実施の種類 実施	実施する 事業	生活介護 サービス単位		自立訓練 (機能訓練)	自立訓練 (生活訓練)	就労移行支援 (一般)	就労移行支援 (資格取得)	就労継続支援 (B型)		
		有	無							
	前年度の 平均利用者数	人	人	人	人	人	人	人		
	昼間多機能 の実施	有・無		昼間の総定員数		人				
生活介護を行う 場合の 前年度の 平均利用者数	サービス単位 I		施設が申告する障害支援区分の平均値			4未満		4以上5未満		5以上
			サービス単位 II							
	サービス単位 III									
	サービス単位 III									
設備基準 上の 数値	居室	1室の最大定員		人	※	人		-----		
		入所者1人当たりの最小床面積		m <sup>2</sup>	※	m <sup>2</sup>				
	廊下	廊下の幅		m	※	m				
		中廊下の幅		m	※	m				
既存施設からの 移行の場合	既存施設名									
	施設種別									
	経過措置		有・無							
	特定旧法受給者数									
短期	入所の実施		有・無							
主な揭示事項	営業日 (曜日)									
	営業時間									
	利用料									
	その他の費用									
	通常の事業の実施地域									
	その他									

従業者の職種及び員数		サービス管理責任者		医師		看護職員									
		専従	兼務	専従	兼務	合計		保健師		看護師		准看護師			
従業者数	常勤(人)														
	非常勤(人)														
常勤換算後の人員(人)															
		理学療法士等						生活支援員							
		合計		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員		合計		通所		訪問	
従業者数	常勤(人)														
	非常勤(人)														
常勤換算後の人員(人)															
		職業指導員				就労支援員				栄養士		その他従業者			
		合計		右以外		兼教官		専従		兼務		専従		兼務	
従業者数	常勤(人)														
	非常勤(人)														
常勤換算後の人員(人)															
従業者の職種・員数															
① 生活介護 (サービス単位)		サービス管理責任者		医師		看護職員									
		専従	兼務	専従	兼務	合計		保健師		看護師		准看護師			
従業者数	常勤(人)														
	非常勤(人)														
常勤換算後の人数															
② 自立訓練 (機能訓練)		理学療法士等						生活支援員		地域移行支援員		その他の従業者			
		合計		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員		専従		兼務		専従	
従業者数	常勤(人)														
	非常勤(人)														
常勤換算後の人数															
基準上の必要人数(人)		※		※		※						※			
③ 自立訓練 (生活訓練)		職業指導員				就労支援員				栄養士		その他の従業者			
		合計		右記以外		兼教官		専従		兼務		専従		兼務	
従業者数	常勤(人)														
	非常勤(人)														
常勤換算後の人数															
基準上の必要人数(人)		※		※		※				※		※			
④ 就労移行支援		サービス管理責任者		合計		右記以外		兼教官		就労支援員		栄養士		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(人)														
	非常勤(人)														
常勤換算後の人数															
基準上の必要人数(人)		※		※		※				※		※			
⑤ 就労継続支援		生活支援員				栄養士				その他の従業者					
		合計		通所		訪問		専従		兼務		専従		兼務	
従業者数	常勤(人)														
	非常勤(人)														
常勤換算後の人数															
基準上の必要人数(人)		※		※		※		※		※		※			
主な 対象 者	象	特定無し・身体障害者(細分無し、肢体不自由、視覚障害、聴覚・言語障害、内部障害)													
	た	知的障害者・精神障害者・難病等対象者													
	対	第三者評価の実施状況													
	者	苦情解決の措置概要													
そ の 考 え と 他 の 事 項	な	窓口(連絡先)						担当者							
	る	その他													
	事														
協力医療機関		名称						主な診療科名							
協力歯科医療機関		名称													
連携する就労支援機関 (就労移行支援を行う場合に限る。)		名称													
添付書類		別添のとおり													

## 備考

- 1 ※印（「基準上の必要値」及び「基準上の必要人数（人）」）欄には、記入しないこと。
- 2 「併設の利用者数」欄には、併設事業所の定員を記入すること。
- 3 新設の場合は、「前年度平均入所者数」欄には、入所者の推定数を記入すること。
- 4 「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入すること。
- 5 「通常の事業の実施地域」欄には、市町名及び当該区域の全部又は一部の別を記入すること。  
なお、市町の一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付すること。
- 6 「連携する就労支援機関」欄には、就労支援ネットワーク及びネットワーク内の就労支援機関の名称を記入すること。
- 7 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。
- 8 添付書類
  - (1) 登記事項証明書又は条例等
  - (2) 建物の構造概要及び平面図（各室の用途を明示するもの）並びに設備の概要を記載した書面
  - (3) 事業所の管理者の経歴を記載した書面
  - (4) 事業所のサービス管理責任者の経歴を記載した書面
  - (5) 運営規程
  - (6) 利用者又はその家族からの苦情を処理するために講ずる措置の概要を記載した書面
  - (7) 従業員の勤務の体制及び勤務形態を記載した書面
  - (8) 協力医療機関との契約の内容を記載した書面
  - (9) 協力歯科医療機関との契約の内容を記載した書面
  - (10) 障害者総合支援法第36条第3項各号に該当しない旨の誓約書
  - (11) 事業所の所在地がわかる地図
  - (12) 事業所の外観を写した写真等
  - (13) 障害福祉サービスの主たる対象者を特定する理由書（主たる対象者を特定する場合）
  - (14) 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書
  - (15) その他指定に関し必要と認める事項を記載した書面

付表 15 (用紙 日本産業規格 A 4 縦型)

一般相談支援 地域移行支援  
地域定着支援

事業所	フリガナ						
	名称						
	所在地	(郵便番号 — )					
連絡先	電話番号		FAX番号				
当該事業の実施について規定されている定款、寄附行為等又は条例等の条文					第 条 第 項 第 号		
管理者	フリガナ			生年月日	年 月 日		
	氏名						
	住所						
	当該相談支援事業所における相談支援専門員との兼務				有 ・ 無		
兼務する他の事業所又は施設 (兼務の場合記入)		事業所等の名称					
		兼務する他の職種及び勤務時間等					
指定一般相談支援の提供に当たる者	フリガナ			生年月日	年 月 日		
	氏名						
	住所						
従業者の職種及び員数		相談支援専門員		その他の従業者			
		専従	兼務	専従	兼務		
		従業者数	常勤 (人)				
			非常勤 (人)				
		常勤換算後の人数 (人)					
基準上の必要人数 (人)		※		※			
常時の連絡体制の確保の具体的方法 (地域定着支援の場合記入)							
主な揭示事項	営業日 (曜日)						
	営業時間						
	主たる対象者		特定無し・身体障害者・知的障害者・精神障害者・難病等対象者				
	通常の事業の実施地域						
	利用料						
	その他の費用						
	その他参考となる事項		第三者評価の実施状況	している ・ していない			
苦情解決の措置概要			窓口 (連絡先)		担当者		
その他							
添付書類		別添のとおり					

## 備考

- 1 ※印（「基準上の必要人数（人）」）欄には、記入しないこと。
- 2 「兼務」欄には、他の事業所、施設等の職務に従事する職員（指定特定相談支援事業所又は指定障害児相談支援事業所との兼務を行うものを除く。）の人数を記入すること。
- 3 「常時の連絡体制の確保の具体的方法」欄には、営業時間以外の事業所の人員体制（宿直等）や利用者との連絡体制を含め、具体的に記載すること。
- 4 「通常の事業の実施地域」欄には、市町名及び当該区域の全部又は一部の別を記入すること。  
なお、市町の一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付すること。
- 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入すること。
- 6 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。
- 7 添付書類
  - (1) 登記事項証明書又は条例等
  - (2) 事業所の平面図
  - (3) 事業所の管理者の経歴を記載した書面
  - (4) 事業所の指定一般相談支援の提供に当たる者の経歴を記載した書面
  - (5) 運営規程
  - (6) 利用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を記載した書面
  - (7) 従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書面
  - (8) 障害者総合支援法第51条の19第2項において準用する障害者総合支援法第36条第3項各号（同項第4号、第10号及び第13号を除く。）に該当しない旨の誓約書
  - (9) 事業所の所在地がわかる地図
  - (10) 事業所の外観を写した写真等
  - (11) 障害福祉サービスの主たる対象者を特定する理由書（主たる対象者を特定する場合）
  - (12) 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書
  - (13) その他指定に関し必要と認める事項を記載した書面