

付表1 居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護事業所等の指定に係る記載事項

										受付番号				
事業所	フリガナ													
	名 称													
	所在地		(郵便番号 —)											
管理者	連絡先		電話番号								FAX番号			
	フリガナ						住 所		(郵便番号 —)					
	氏 名													
	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										
				兼務する職種及び勤務時間等										
	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										第 条 第 項 第 号			
	サービス提供責任者	フリガナ						住 所		(郵便番号 —)				
		氏 名												
従業者の職種・員数			居宅介護事業従業者		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）														
主な揭示事項														
営業日														
営業時間														
サービス内容			居宅介護【身体介護（身体介護・通院介助）・家事援助等（家事援助・通院介助）・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									
			同行援護		特定無し ・ 身体障害者 ・ 障害児									
			行動援護		特定無し ・ 知的障害者 ・ 障害児 ・ 精神障害者									
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											
一体的に管理運営される他の事業所														
添付書類			別添のとおり（定款、寄付行為等及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況（貸借対照表・財産目録等）、設備・備品等一覧表 等）											

- 備考1 複数種類のサービスを実施する場合、「サービス内容」欄に複数のサービス種類を記載して本様式1枚にまとめて提出してください。なお、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ので、両者の指定を受けようとする場合は居宅介護のみの記載で構いません。
- 2 「受付番号」及び「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
- 3 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載し、又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 4 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 5 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。
- 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、実施地域が当該区域の一部である場合は、適宜地図を添付してください。
- 8 共生型居宅介護又は共生型重度訪問介護の申請の場合、以下の書類の提出を省略することができます。
- (1) 定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等
- (2) 事業所平面図
- (3) 管理者及びサービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴
- (4) 利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要
- (5) 資産状況（貸借対照表・財産目録等）

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				
事業所	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	
	主な揭示事項					
	営業日					
	営業時間					
	指定居宅介護等の内容		居宅介護【身体介護（身体介護・通院介助）・家事援助等（家事援助・通院介助）・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			
		同行援護	特定無し ・ 身体障害者 ・ 障害児			
		行動援護	特定無し ・ 知的障害者 ・ 障害児 ・ 精神障害者			
	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（定款、寄付行為等及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況（貸借対照表・財産目録等）、設備・備品等一覧表 等）				

- 備考 1 「受付番号」欄には、記載しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 3 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 4 「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。
- 5 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は適宜地図を添付してください。

付表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	フリガナ															
	名 称															
	所在地		(郵便番号)													
	連絡先		電話番号								FAX番号					
管理者	フリガナ				住 所		(郵便番号)									
	氏 名															
	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											
					兼務する職種及び勤務時間等											
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														第 条 第 項 第 号		
サービス管理責任者	フリガナ						住 所		(郵便番号)							
	氏 名															
従業者の職種・員数			サービス管理責任者		医 師		生活支援員		看護職員							
			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)																
看護補助者			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)																
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)																
主な揭示事項																
利用定員			人(単位ごとの定員) (① ②)													
基準上の必要定員																
設置部分			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(定款、寄付行為等及び登記簿謄本又は条例等、建物の構造概要及び平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、医療法に規定する医療機関として許可を受けたことが分かる証明書等 等)													

備考1 「受付番号」、「基準上の必要人数」、「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。
2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
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 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
5 「兼務」欄には、併設施設との兼務を行う職員について記載してください。

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	フリガナ												
	名 称												
	所在地	(郵便番号 -)											
管理者	連絡先	電話番号					FAX番号						
	フリガナ					住所	(郵便番号 -)						
	氏 名					住所							
	他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合記入）	事業所等の名称 兼務する職種及び勤務時間等											
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等											第 条 第 項 第 号		
サービス	フリガナ					住所	(郵便番号 -)						
管理責任者	氏 名												
従業者の職種・員数		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（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		生活支援員		精神保健福祉士		その他の従事者					
		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）													
前年度の平均実利用者数（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1											
		サービス単位2											
		サービス単位3											
主な揭示事項													
営業日		単位ごとの営業日											
営業時間		単位ごとのサービス提供時間（送迎時間を除く）（①：～：②：～：）											
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	内部障害						
		知的障害者	精神障害者	難病等対象者									
利用定員		人（単位ごとの定員）（① ②）											
基準上の必要定員													
多機能型実施の有無		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											
協力医療機関		名 称					主な診療科名						
一体的に管理運営される他の事業所													
添付書類		別添のとおり（定款、寄付行為等及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況（貸借対照表・財産目録等）、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約の内容がわかるもの等）											

備考1 「受付番号」、「基準上の必要人数」、「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。

2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載し、又は別葉に記載した書類を添付してください。

3 「看護職員」とは保健師、看護師、准看護師のことを言います。

4 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。

5 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。

6 「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。

7 「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。

8 共生型生活介護の申請の場合、以下の書類の提出を省略することができます。

(1) 定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等

- (2) 事業所平面図
- (3) 管理者及びサービス提供責任者の氏名，生年月日，住所及び経歴
- (4) 利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要
- (5) 資産状況（貸借対照表・財産目録等）

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

※１ 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

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					
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等		第 条 第 項 第 号										
サービス	フリガナ					住 所	(郵便番号 ー)					
管理責任者	氏 名											
従業者の職種・員数		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 (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		生活支援員		精神保健福祉士		その他の従事者				
		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 実利用者数 (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 1										
		サービス単位 2										
		サービス単位 3										
主な掲示事項												
主たる対象者	営業日	単位ごとの営業日										
	営業時間	単位ごとのサービス提供時間 (送迎時間を除く) (① : ~ : ② : ~ :)										
	特定無し	細分無し		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	難病等対象者									
	利用定員	人 (単位ごとの定員) (① ②)										
	基準上の必要定員											
	多機能型実施の有無	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											
協力医療機関	名 称					主な診療科名						
一体的に管理運営される他の事業所												
添付書類	別添のとおり (定款、寄付行為等及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況 (貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約の内容がわかるもの 等)											

備考１ 「受付番号」、「基準上の必要人数」及び「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。

２ 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載し、又は別葉に記載した書類を添付してください。

３ 「看護職員」とは、保健師、看護師及び准看護師のことを言います。

４ 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。

５ 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。

６ 「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。

７ 「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。

(A4)

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																																											
	名 称																																											
	所在地	(郵便番号 -)																																										
	連 絡 先	電話番号											F A X 番号																															
管理者	フリガナ						住 所	(郵便番号 -)																																				
	氏 名																																											
	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 兼務する職種及び 勤務時間等																																						
事業所の種別		併設型 ・ 空床型 (単独型)					併設型 の場合		利用定員数 (人)										前年度の平均入所者数 (人)																									
併設 (本体) 施設		施設種別等		名 称																				併設 (本体) 施設の入所者の定員 (人)																				
単独型事業所の居室					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 (人)					看護職員															生活支援員					介護職員					作業指導員														
					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 (人)																																										
		非 常 勤 (人)																																										
常勤換算後の人数 (人)																																												
基準上の必要人数 (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														
					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)																																												
																				医 師					サービス 管理責任者					その他の従業者														
					専従		兼務			専従		兼務			専従		兼務			専従		兼務			専従		兼務			専従		兼務												
従業者数		常 勤 (人)																																										
		非 常 勤 (人)																																										
常勤換算後の人数 (人)																																												
基準上の必要人数 (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															第 条 第 項 第 号																													
主な揭示事項					指定短期入所の内容																				宿泊を伴うもの・日中受入																			
					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																																							
					通常の送迎の実施地域																																							
					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																																												
協力医療機関					名 称										主な診療科名																													
一体的に管理運営される他の事業所																																												
添付書類					別添のとおり (定款、寄付行為等及び登記簿謄本又は条例等、建物の構造概要及び平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況 (貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約の内容がわかるもの 等)																																							

- 備考 1 「受付番号」及び「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載し、又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 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 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 5 「通常の送迎の実施地域」欄には、市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、実施地域が当該区域の一部である場合は、適宜地図を添付してください。
- 6 共生型短期入所の申請の場合、以下の書類の提出を省略することができます。
- (1) 定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等
- (2) 事業所平面図
- (3) 管理者及びサービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴
- (4) 利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要
- (5) 資産状況 (貸借対照表・財産目録等)

付表 6 重度障害者等包括支援事業所の指定に係る記載事項

		受付番号				
事業所	フリガナ					
	名 称					
	所在地	(郵便番号 -)				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
管理者	フリガナ			住 所	(郵便番号 -)	
	氏 名					
	サービス管理責任者との兼務の有無			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				
		兼務する職種及び勤務時間等				
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					第 条 第 項 第 号	
サービス管理責任者	フリガナ			住 所	(郵便番号 -)	
	氏 名					
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	
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					
一体的に管理運営される他の事業所						
添付書類		別添のとおり(定款、寄付行為等及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表 等)				

- 備考 1 「受付番号」及び「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載し、又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 3 「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。
- 4 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、指定事業者でない場合は事業所番号の記載は不要です。
- 5 「主な揭示事項」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 「主たる対象者」欄については、気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理を行っている身体障害者を対象とする場合は「I 類型」、最重度知的障害者を対象とする場合は「II 類型」、行動関連項目等の合計点数が15点以上である者を対象とする場合は「III 類型」を選択してください。特定しない場合は「特定無し」を選択してください。
- 7 「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。
- 8 「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。
- 9 「通常の事業の実施地域」欄には、市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、実施地域が当該区域の一部である場合は、適宜地図を添付してください