

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 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。

※2 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。

		受付番号				
施設	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					
	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 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		看護職員		理学療法士
		専従 兼 務		専従 兼 務		作業療法士
						機能訓練指導員
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）						
		生活支援員		訪問支援員		その他の従事者
		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）						
主な揭示事項						
主たる対象者	営業日					
	営業時間					
	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				
	基準上の必要定員	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					
協力医療機関		名 称		主な診療科名		
多機能型実施の有無		有 ・ 無				
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、又は別業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 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。

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。

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。

※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 設	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																
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 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			看護職員			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 (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			訪問支援員			その他の従事者														
			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)																							
主な揭示事項																							
	営業日																						
	営業時間																						
	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																				
	基準上の必要定員		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																							
協力医療機関		名 称								主な診療科名													
多機能型実施の有無		有 ・ 無																					
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内容がわかるもの等)																					

- 備考 1 「受付番号」、「基準上の必要人数」又は「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 「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 「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。

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 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。
- ※2 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。

受付番号	
------	--

施設	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												
	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							
訪問事業の実施の有無					有 ・ 無		宿泊型事業の実施の有無					有 ・ 無	
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		生活支援員		看護職員		訪問介護員		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）													
居室（宿泊型実施の場合）		1室の最大定員						人		人以下			
		入所者1人あたりの最小床面積						㎡		㎡			
主な揭示事項													
営業日													
営業時間													
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											
基準上の必要定員		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											
協力医療機関		名 称					主な診療科名						
多機能型実施の有無		有 ・ 無											
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 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。

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。

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。

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

※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 設	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定めてある定款又は条例等					第 条 第 項 第 号						
訪問事業の実施の有無			有 ・ 無		宿泊型事業の実施の有無			有 ・ 無			
サービス 管理責任	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		生活支援員		看護職員		訪問支援員		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)											
主な揭示事項											
営 業 日											
営 業 時 間											
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									
基準上の必要定員		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									
協力医療機関		名 称				主な診療科名					
多機能型実施の有無		有 ・ 無									
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するか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 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。

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。

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。

(A4)

付表11 就労移行支援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。
※2 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。

(一般型
資格取得型)

		受付番号			
--	--	------	--	--	--

施設	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														
	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 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				管理者		サービス管理責任者		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（人）														
	非常勤（人）														
常勤換算後の人数（人）															
基準上の必要人数（人）															
				就労支援員		その他の従事者									
				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）															
主な揭示事項															
利用定員		人													
基準上の必要定員		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	内部障害								
		知的障害者	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							
提携就労支援機関															
多機能型実施の有無		有 ・ 無													
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 「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。
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」欄は、短期入所以外との兼務を行う職員について記載してください。
6 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。
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 「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。
(A4)

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

※ 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 -)									
	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		管理者		サービス管理責任者		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 (人)										
	非常勤 (人)										
常勤換算後の人数 (人)											
基準上の必要人数 (人)											
		就労支援員		その他の従事者							
		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)											
主な揭示事項											
利用定員		人									
基準上の必要定員		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	内部障害				
		知的障害者	精神障害者	難病等対象者							
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					
多機能型実施の有無		有 ・ 無									
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 「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 「兼務」欄は、短期入所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。