

受付番号	
------	--

指定障害児通所支援事業者指定（新規・更新・指定変更）申請書

年 月 日

盛岡市長

申請者
(設置者) 所在地
名 称
代表者

児童福祉法に規定する指定障害児通所支援事業者に係る指定（変更指定）を受けたいので、次のとおり申請します。

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 —) 県 郡・市										
	法人である場合その種別		法人所轄庁										
	連絡先	電話番号	F A X 番 号										
	代表者の職・氏名		職 名	フリガナ		氏 名							
	代 表 者 の 住 所		(郵便番号 —) 県 郡・市										
指定を受けようとする事業所の種類	フリガナ												
	名 称												
	事業所（施設）の所在地		(郵便番号 —) 岩手県盛岡市										
	事業等の種類			指定申請する事業等の事業開始予定年月日					様 式				
	同一事業所内において行う事業等の種類				事 業 所 番 号								
備考・指定変更内容													

(備考)

- 1 「受付番号」欄には記載しないでください。
- 2 「法人である場合その種別」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 「同一施設内において行う事業等の種類」欄には、今回申請をするもの及び既に指定を受けているもの（障害児通所支援事業に限る）について事業の種類を記載してください。障害者総合支援法又は介護保険法による指定を受けている場合は、別紙に記載してください。
- 5 「事業所番号」欄には、申請を行う都道府県等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、所番号を記載してください。複数の番号を有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。

様式第 1 号 (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

[illegible]

付表1 児童発達支援事業所(児童発達支援センターであるものを除く)の指定に係る記載事項

主として通わせる児童の障害の種別										受付番号	
()											
事業所	フリガナ										
	名 称										
	所在地		(郵便番号 -) 岩手県盛岡市								
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										
	当該事業所の他の職務又は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又は条例等						第 条第 項第 号					
児童発達支援 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			児童指導員		保育士		その他の従業者		児童発達支援管理責任者		
			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)								
備 考											
基準上の必要人数(人)											
			機能訓練担当職員		理学療法士又は作業療法士		言語聴覚士		嘱託医		
			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)								
備 考											
基準上の必要人数(人)											
			看護職員								
			専従	兼務							
従業者数			常勤(人)								
			非常勤(人)								
備 考											
基準上の必要人数(人)											
設備			発達支援室				有 ・ 無				
主な掲示事項											
営業日											
営業時間			① : ~ :		② : ~ :						
サービス提供時間			① : ~ :		② : ~ :						
利用定員			人								
利用料											
その他の費用											
実施サービス			送迎サービス		有 ・ 無						
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、登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、障害児等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)利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規他参考になるもの								

(備考)

1. 「受付番号」「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するか又は別業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、保護者等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。

付表2 医療型児童発達支援事業所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 -) 岩手県盛岡市									
	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										
	当該事業所の他の職務又は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又は条例等					第 条第 項第 号						
併設する施設の名称及び概要		名 称									
		概 要									
児童発達支援 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				医師		看護職員		児童指導員		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(人)									
		非常勤(人)									
備 考											
基準上の必要人数(人)											
				栄養士		調理員		理学療法士又は作業療法士			
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務				
従業者数		常勤(人)									
		非常勤(人)									
備 考											
基準上の必要人数(人)											
				児童発達支援管理責任者		機能訓練担当職員					
		専従	兼務	専従	兼務						
従業者数		常勤(人)									
		非常勤(人)									
備 考											
基準上の必要人数(人)											
設備上の配慮点											
設 置 部 分 等 (設置部分を○でかこむ)		発達支援室 屋外訓練場 相談室 調理室 浴室及び便所の手すり等身体の機能の不自由を助ける設備 * 医療法に規定する診療所として必要な設備を満たしていること									
主な掲示事項											
営業日											
営業時間		サービス提供時間(送迎時間を除く)									
利用定員		人									
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									
地域の障害児への援助の実施状況		有 ・ 無									
多機能型実施の有無		有 ・ 無									
添付書類		別添のとおり(定款、登記簿謄本又は条例等、医療法第7条の許可を受けた診療所であることを証する書類、事業所平面図、経歴書、運営規程、障害児等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) 利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規他参考になるもの									

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」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. 「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。(裏面につづく)
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、保護者等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。

付表3 放課後等デイサービス事業所の指定に係る記載事項

主として通わせる児童の障害の種別 ()		受付番号	
事業所	フリガナ 名 称		
	所在地	(郵便番号 -) 岩手県盛岡市	
	連絡先	電話番号	FAX番号
管理者	フリガナ	(郵便番号 -)	
	氏 名	住 所	
	当該事業所の他の職務又は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又は条例等		第 条第 項第 号	
児童発達支援 管理責任者	フリガナ	(郵便番号 -)	
	氏 名	住 所	
従業者の職種・員数		児童指導員	保育士
		専従 兼務	専従 兼務
従業者数	常勤(人)		
	非常勤(人)		
備 考			
基準上の必要人数(人)			
		機能訓練担当職員	理学療法士又は作業療法士
		専従 兼務	専従 兼務
従業者数	常勤(人)		
	非常勤(人)		
備 考			
基準上の必要人数(人)			
		言語聴覚士	嘱託医
		専従 兼務	専従 兼務
従業者数	常勤(人)		
	非常勤(人)		
備 考			
基準上の必要人数(人)			
		看護職員	
		専従 兼務	
従業者数	常勤(人)		
	非常勤(人)		
備 考			
基準上の必要人数(人)			
設備		発達支援室	有 ・ 無
主な掲示事項			
営業日			
営業時間		① : ~ :	② : ~ :
サービス提供時間		① : ~ :	② : ~ :
利用定員		人	
利用料			
その他の費用			
実施サービス		送迎サービス	有 ・ 無
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、登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、障害児等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)利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規他参考になるもの	

(備考)

1. 「受付番号」「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するか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、保護者等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。

付表4 保育所等訪問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 -) 岩手県盛岡市				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
管理者	フリガナ			(郵便番号 -)		
	氏 名			住 所		
	当該事業所の他の職務又は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又は条例等				第 条第 項第 号		
児童発達支援 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		訪問支援員		児童発達支援管理責任者		
		専従	兼務	専従	兼務	
従業者数	常勤(人)					
	非常勤(人)					
備 考						
基準上の必要人数(人)						
設備		専用の区画		有 ・ 無		
主な掲示事項						
営業日						
営業時間		: ~ :				
サービス提供時間		: ~ :				
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					
多機能型実施の有無		有 ・ 無				
添付書類		別添のとおり(定款、登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、障害児等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)利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規他参考になるもの				

(備考)

- 1 「受付番号」「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 「主な掲示事項」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、保護者等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。

付表5 居宅訪問型児童発達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 ー) 岩手県盛岡市				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 ー)	
	氏 名			住所		
	当該事業所の他の職務又は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又は条例等 第 条第 項第 号						
児童発達支援 管理責任者	フリガナ			住所	(郵便番号 ー)	
	氏 名			住所		
従業者の職種・員数		訪問支援員		児童発達支援管理責任者		
		専従	兼務	専従	兼務	
従業者数	常勤(人)					
	非常勤(人)					
備 考						
基準上の必要人数(人)						
設備		専用の区画			有 ・ 無	
主な掲示事項						
営業日						
営業時間		: ~ :				
サービス提供時間		: ~ :				
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				
多機能型実施の有無		有 ・ 無				
添付書類		別添のとおり(定款, 登記簿謄本又は条例等, 事業所平面図, 経歴書, 運営規程, 障害児等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)利用者負担の受領等に関する保護者向け資料, 内規他参考になるもの				

(備考)

1. 「受付番号」「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. 「主な掲示事項」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, 保護者等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。

付表6

障害児通所支援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(総括表)
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付表とこの表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 —)										
	連絡先	電話番号					FAX番号					
(注) 多機能型による他の事業所又は従たる事業所については、下欄に記載すること。												
事業所 2	フリガナ											
	名 称											
	所在地	(郵便番号 —)										
	連絡先	電話番号					FAX番号					
事業所 3	フリガナ											
	名 称											
	所在地	(郵便番号 —)										
	連絡先	電話番号					FAX番号					
事業所 4	フリガナ											
	名 称											
	所在地	(郵便番号 —)										
	連絡先	電話番号					FAX番号					
事業所 5	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											
	当該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(兼務の場合のみ記入)						事業所等の名称					
							兼務する職種及び勤務時間等					
主たる対象とする障害の種類	無し	難聴		重症心身障害		その他						
実施事業(該当欄に○)	児童発達支援		放課後等デイ		居宅訪問型児童発達支援	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(人)	合計	児童発達支援		放課後等デイ		居宅訪問型児童発達支援	保育所等訪問支援					
合計												
主たる事業所												
従たる事業所												

付表6 その2

受付番号

従 業 者 の 職 種 ・ 員 数

			児童発達支援 管理責任者		医師 (嘱託医含む)		児童指導員		保育士		その他の 従業者		看護職員	
			専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
合計	従業者数	常勤(人)												
		非常勤(人)												
	備考													
	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)												
	備考													
	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)												
	備考													
	基準上の必要人数(人)													
			理学療法士又は 作業療法士		言語聴覚士		機能訓練担当 職員		訪問支援員		栄養士		調理員	
			専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
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)													
			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(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. 「受付番号」「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するか又は別葉に記載した書類を添付してください。

3. 児童発達支援又は放課後等デイサービスに単位を導入する場合には、適宜欄を設けて記載するか又は別葉にサービス単位ごとの定員を記載してください。