

付表12 就労継続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。

(就労継続支援 (A型)) ※2 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。

(就労継続支援 (B型))

受付番号

※いずれかに○を付してください。

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				
管理者	フリガナ					住 所	(郵便番号 ー)				
	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 ー)				
	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)											
その他の従事者		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	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 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。

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							
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				
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、又は別業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。

※ 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)									
	連絡先		電話番号					F A X 番号				
(注) 多機能型による他の事業所については、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					F A X 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					F A X 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					F A X 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					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								
主たる対象とする障害の種類	無 し	身体障害者					知的障害者	精神障害者	難病等対象者			
		細分無し	肢体不自由	視覚障害	聴覚・言語	内部障害						
生活介護を行う場合のみ			施設が申告する障害程度区分の平均値									
			4 未満			4 以上 5 未満			5 以上			
前年度の平均実利用者数(人)	サービス単位 1											
	サービス単位 2											
	サービス単位 3											
実施事業		生活介護	放課後等デイ		自立訓練 (機能訓練)	自立訓練 (生活訓練)	就労移行支援 (通常)	就労移行支援	就労継続支援 (A型)	就労継続支援 (B型)		
		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												
定員緩和措置の有無		有・無										
定員(人)	合 計	生活介護※	放課後等デイ		自立訓練 (機能訓練)	自立訓練 (生活訓練)	就労移行支援 (通常)	就労移行支援	就労継続支援 (A型)	就労継続支援 (B型)		
合 計												
主たる事業所												
従たる事業所												

受付番号

従業員の職種・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				
			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)															
事業所 1	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)																
その他の事業所	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)																
			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		
			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)															
事業所 1	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)																
その他の事業所	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)																
			職業指導員				就労支援員		その他の従事者								
			合 計		右記以外		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)															
事業所 1	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)																
その他の事業所	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)																

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 「定員緩和措置の有無」欄は、指定基準省令第89条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。

4 生活介護にサービス単位を導入する場合には、適宜欄を設けて記載し、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。

5 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。

6 「兼務」欄には、本体施設との兼務を行う職員について記載してください。

		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			
当該事業について定めてある定款・寄附行為等の条文				第	条 第	項 第	号
管理者	フリガナ		住所	(郵便番号 —)			
	氏 名						
	生年月日						
	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	
	他の事業所又は施設の従業者との兼務（有の場合、以下に記載）					有 ・ 無	
	事業所の名称		兼務する職種				
	事業の種類		勤務時間				
従業者の職種・員数（人）		地域移行支援・地域定着支援に従事する者					
		相談支援専門員			その他の者		
		専 従	兼 務	専 従	兼 務		
常 勤（人）							
非常勤（人）							
常勤換算後の人数（人）							
他の事業所又は施設の従業者との兼務（有の場合、別紙に記載）					有 ・ 無		
常時の連絡体制の確保の具体的方法（地域定着支援のみ）							
主な 掲 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 ・ 知的障害者 ・ 障 害 児 ・ 精神障害者 ・ 難病等対象者					
	その他の費用						
	通常の事業実施地域						
添付書類		別添のとおり（定款及び登記簿謄本又は条例等、事業所の平面図、運営規程、経歴書、入所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）等）					

- 備考 1 地域移行支援事業と地域定着支援事業の両方の指定を申請する場合についても、本様式1枚にまとめて提出してください。
- 2 「受付番号」欄は、記載しないでください。
- 3 「兼務」については、指定特定相談支援事業所、指定障害児相談支援事業所との兼務を除いてください。
- 4 「常時の連絡体制」については、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、具体的に記載してください。
- 5 「主な掲示事項」欄には、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
- 6 記載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。

付表14別紙 他の事業所又は施設の従事者と兼務する地域移行支援・地域定着支援に従事する者について

他の事業所又は施設の従事者と兼務する地域移行支援・地域定着支援に従事する者を全て記載してください。					
1	氏 名		事業所の名称		
	フリガナ		事業の種類		兼務する職種
	氏名		勤務時間		
2	氏 名		事業所の名称		
	フリガナ		事業の種類		兼務する職種
	氏名		勤務時間		
3	氏 名		事業所の名称		
	フリガナ		事業の種類		兼務する職種
	氏名		勤務時間		
4	氏 名		事業所の名称		
	フリガナ		事業の種類		兼務する職種
	氏名		勤務時間		
5	氏 名		事業所の名称		
	フリガナ		事業の種類		兼務する職種
	氏名		勤務時間		

		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					
	当該就労定着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・寄付行為等の条文					第	条 第
前年度の平均利用者数（人）						人
一体的に運営する事業所の前年度の平均利用者数（人）						人
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		就労定着支援員		
		専 従	兼 務	専 従	兼 務	
		従業者数		常勤（人）		
主な掲示事項						
		営業日				
		営業時間				
		主たる対象者		特定無し ・ 身体障害者 ・ 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				
		通常の事業実施地域				
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				
添付書類		別添のとおり（定款、寄付行為及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、運営規程、経歴書、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））				

- (備考)
- 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。
- 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様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 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
- 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。
- 7 事業所指定を受ける一体的に運営する事業所の過去3年の一般就労の移行実績が分かる書類を添付してください。

平成 年 月 日

一般就労移行実績

【申請日の属する日から遡って過去3年間において、一般就労に移行した者を記載してください】

	氏名	就職日	就職先事業所名
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

注1 申請日の属する日から遡って過去3年間において、一般就労に移行した者について記入してください。
一般就労の定義、雇用継続の状況は問いません。

注2 就労定着支援を申請する事業所ごとに作成し、指定申請書に添付してください。

注3 申請日の属する日から遡って過去3年間において、一般就労移行者数が3人以上いる場合は指定要件を満たすこととなります。

注4 適宜、欄は追加してください。

		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		
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)		
	氏名						
	当該自立生活援助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・寄付行為等の条文					第 条 第 項 第 号		
前年度の平均利用者数（人）		人					
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		地域生活支援員			
		専 従	兼 務	専 従	兼 務		
		従業者数	常勤（人）				
			非常勤（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 ・ 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					
		通常の事業実施地域					
		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			
		添付書類		別添のとおり（定款、寄付行為及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、運営規程、経歴書、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））			

- （備考）
- 「受付番号」欄は、記入しないでください。
 - 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様に記載した書類を添付してください。
 - 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。
 - 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
 - 「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。
 - 「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。