

福岡県公報

令和元年五月二十八日
第七号
増刊①

目次

規 則 (第三号―第四号)

○福岡県児童福祉法施行細則の一部を改正する規則 (障がい福祉課) ……………一

○福岡県障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法

律施行細則の一部を改正する規則 (障がい福祉課) ……………二四

再 掲

○福岡県議会委員会条例の一部を改正する条例 (議会事務局議事課) ……………一四六

規 則

福岡県児童福祉法施行細則の一部を改正する規則を制定し、ここに公布する。

令和元年五月二十八日

福岡県知事 小川 洋

福岡県規則第三号

福岡県児童福祉法施行細則の一部を改正する規則

福岡県児童福祉法施行細則(昭和二十八年福岡県規則第五十九号)の一部を次のように改正する。

第十九条の三の見出し中「障害児入所給付費等」を「障がい児入所給付費等」に改め、同条第一項中「障害児入所給付費 障害児入所医療費」を「障がい児入所給付費 障がい児入所医療費」に改め、同条第二項中「障害児入所給付費等」を「障がい児入所給付費 障がい児入所医療費」に、「障害児入所給付費 障害児入所医療費」を「障がい児の」に改め、同条第三項中「障害児入所給付費等」を「障がい児入所給付費等」に、「障害児の」に改め、同条第四項中「当該障害児」を「当該障がい児」に、「障害児入所給付費等」を「障がい児入所給付費等」に改める。

い児入所給付費等」に、「障害児入所医療受給者証」を「障がい児入所医療受給者証」に改め、同条第五項中「障害児入所給付費等支給決定」を「障がい児入所給付費等支給決定」に改め、同条第六項中「障害児の」を「障がい児の」に、「障害児入所医療受給者証」を「障がい児入所医療受給者証」に改め、同条第七項中「障害児入所医療受給者証」を「障がい児入所医療受給者証」に改める。

第十九条の四の見出し中「高額障害児入所給付費」を「高額障がい児入所給付費」に改め、同条第一項中「高額障害児入所給付費申請書」を「高額障がい児入所給付費支給申請書」に改め、同条第二項中「高額障害児入所給付費支給(不支給)決定通知書」を「高額障がい児入所給付費支給(不支給)決定通知書」に、「障害児の」を「障がい児の」に改める。

第十九条の五の見出し中「指定障害児入所施設等」を「指定障がい児入所施設等」に改め、同条第一項中「障害児(通所・入所)支援指定(更新)申請書」を「障がい児(通所・入所)支援指定(更新)申請書」に改め、同条第三項を第五項とし、同条第二項中「第二十四条の十三」を「第二十一条の五の二十四項」に改め、「変更届出書(様式第二十一号の十八)又は」を削り、同項を同条第四項とし、同条第一項の次に次の二項を加える。

2 法第二十一条の五の二十第一項又は法第二十四条の十三第一項の規定による申請は、障がい児(通所・入所)支援変更指定申請書(様式第二十一号の十七の二)に、別に定める書類を添付して行うものとする。

3 法第二十一条の五の二十第三項又は法第二十四条の十三第三項の規定による届出は、変更届出書(様式第二十一号の十八)により行うものとする。

第十九条の六第一項中「第二十一条の五の二十五第二項」を「第二十一条の五の二十六第二項」に、「第二十一条の五の二十五第四項」を「第二十一条の五の二十六第四項」に改め、同条第二項中「第二十一条の五の二十五第三項」を「第二十一条の五の二十六第三項」に改める。

第三十八条第一号中「身体障害児童の報告書」を「身体障がい児童の報告書」に改める。

様式第一号別紙一中「聾唖」を「聾きこい」に改め、同様式別紙二中「聾唖の」を「聾きこいの」に、「障害等」を「障がい等」に、「けんこ」を「けんこ」に、「聾唖」を「聾きこい」に改める。

付表1 児童発達支援事業所(福祉型児童発達支援センターであるものに限る)の指定に係る記載事項

主として通わせる児童の障がいの種別

受付番号

施設	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号 -)		県 郡・市						
連絡先	電話番号				FAX番号					
	電子メール									
管理者	フリガナ			住所	(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								
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等 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			住所						
従業者の職種・員数		嘱託医		児童指導員		保育士		栄養士		
		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)										
		調理員		児童発達支援管理責任者		機能訓練担当職員		言語聴覚士		
		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)										
		看護職員		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)									
備考										
基準上の必要人数(人)										
設備基準上の数値記載項目等				基準上の必要値		指導訓練室 遊戯室 屋外遊戯場 医務室 相談室 調理室 便所 静養室 聴力検査室 (設置部分を○でかこむ)				
		指導訓練室		m(児童1人当たり)	m(児童1人当たり)以上					
		遊戯室		m(児童1人当たり)	m(児童1人当たり)以上					
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)(① : ~ : ② : ~ :)								
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								
協力医療機関		名称				主な診療科名				
地域の障がい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(登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、管理者及び児童発達支援管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書、運営規程、障がい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、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容が分かるもの、児童福祉法第21条の5の15第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書等)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。
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 児童発達支援事業所(福祉型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がいの種別
()

受付番号

事業所	フリガナ 名称								
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡・市							
	連絡先	電話番号				FAX番号			
		電子メール							
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				
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等 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		障がい福祉サービス経験者		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		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)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
設備		指導訓練室		有 ・ 無					
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)(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(登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、管理者及び児童発達支援管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書、運営規程、障がい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、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容が分かるもの、児童福祉法第21条の5の15第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書等) 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。

様式第二十一号の十七付表二の次に次の一表を加える。

付表2-2 同時に行われる児童発達支援の単位／一体的に実施する従たる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がいの種別
()

受付番号

事業所	フリガナ 名称	-----							
	所在地	(郵便番号 -----)		県 郡・市					
		連絡先	電話番号	FAX番号					
		電子メール							
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			-----	
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等 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		障がい福祉サービス経験者		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		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)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
設備		指導訓練室				有 ・ 無			
主な揭示事項									
営業日									
営業時間		サービス提供時間(送迎時間を除く)(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(登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、管理者及び児童発達支援管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書、運営規程、障がい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、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容が分かるもの、児童福祉法第21条の5の15第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書等) 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. 「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、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。

様式第二十一号の十七付表三及び付表四を次のように改める。

付表3 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 -) ----- 県 ----- 郡・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			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		-----				
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等									
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			住所					
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)									
従業者の職種・員数		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)									
従業者の職種・員数		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)		指導訓練室 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							
地域の障がい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(登記事項証明書又は条例等、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、管理者及び児童発達支援管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書、運営規程、障がい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、設備・備品等一覧表、児童福祉法第21条の5の15第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書 等) 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 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がいの種別
()

受付番号

事業所	フリガナ								
	名称	-----							
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡・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		-----				
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等 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		障がい福祉サービス経験者		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		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)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
設備		指導訓練室		有 ・ 無					
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)(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(登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、管理者及び児童発達支援管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書、運営規程、障がい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、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容が分かるもの、児童福祉法第21条の5の15第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書 等) 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。

様式第二十一号の十七付表四の次に次の一表を加える。

付表4-2 同時に行われる放課後等デイサービスの単位／一体的に実施する従たる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がいの種別 ()		受付番号							
事業所	フリガナ 名称	-----							
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡・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				
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等				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		障がい福祉サービス経験者		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		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)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
設備		指導訓練室				有 ・ 無			
主な揭示事項									
営業日									
営業時間		サービス提供時間(送迎時間を除く)(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(登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、管理者及び児童発達支援管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書、運営規程、障がい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、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容が分かるもの、児童福祉法第21条の5の15第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書等) 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、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。

様式第二十一号の十七付表五から付表八までを次のように改める。

付表5 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 -) 県 郡・市			
	連絡先	電話番号	FAX番号		電子メール
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	
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等				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					
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			
多機能型実施の有無		有 ・ 無			
添付書類		別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、管理者及び児童発達支援管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書、運営規程、障がい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、設備・備品等一覧表、児童福祉法第21条の5の15第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書 等) 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。
5. 「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、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6

障がい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) その1

※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	
		電子メール				
(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			FAX番号	
		電子メール				
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	
		電子メール				
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	
		電子メール				
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	
		電子メール				
管理者	フリガナ 氏名			住所	(郵便番号 -)	
	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がいの種類	無し	難聴	重症心身障がい	その他		
実施事業	主たる事業所	児童発達支援サービス単位	医療型児童発達支援	放課後等デイサービス単位	保育所等訪問支援	
		有	無	有	無	
	従たる事業所					
定員(人)	合計	児童発達支援	医療型児童発達支援	放課後等デイ		
合計						
主たる事業所						
従たる事業所						

(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. 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。

付表6-2

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		指導員		看護職員		障がい福祉サービス経験者		
		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	
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	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員数を記載してください。

付表7 障がい児入所支援(福祉型障がい児入所施設)の指定に係る記載事項

主として入所させる児童の障がいの種別
()

受付番号

施設	フリガナ 名称								
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡・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					
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等 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					(郵便番号 -)			
	氏名			住所					
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		児童発達支援管理責任者		心理指導担当職員	
		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)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
		職業指導員							
		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)									
設備上の配慮点									
設置部分等 (設置部分を○でかこむ)		居室 調理室 浴室 便所 医務室 静養室 職業指導に必要な設備 遊戯室 訓練室 音楽に関する設備 身体の機能の不自由を助ける設備 映像に関する設備 屋外訓練場							
設備基準上の数値記載項目等				基準上の必要値					
居室	1室の最大定員			人以下					
	入所児1人当たりの最小床面積			㎡					
主な掲示事項		入所定員 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							
協力医療機関		名称				主な診療科名			
協力歯科医療機関		名称							
添付書類		別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、建物の構造概要及び平面図、管理者及び児童発達支援管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書、運営規程、障がい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、設備・備品等一覧表、協力医療機関及び協力歯科医療機関との契約内容が分かるもの、児童福祉法第21条の5の15第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書等) 契約制度導入に伴い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、入所児又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8 障がい児入所支援(医療型障がい児入所施設)の指定に係る記載事項

主として入所させる児童の障がいの種別
()

受付番号

施設	フリガナ									
	名称	-----								
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡・市								
	連絡先	電話番号					FAX番号			
	電子メール									
管理者	フリガナ					(郵便番号 -)				
	氏名	住所								
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等 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					(郵便番号 -)				
	氏名	住所								
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)										
		心理指導担当職員		理学療法士又は作業療法士		児童発達支援管理責任者		職業指導員		
		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)									
備考										
基準上の必要人数(人)										
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 (該当部分を○でかこむ)		訓練室 浴室 静養室 屋外訓練場 ギブス室 特殊工芸の作業を指導するのに必要な設備 義肢装具を製作する設備 身体の機能の不自由を助ける設備 * 医療法に規定する病院として必要な設備を設けてあること								
主な掲示事項										
入所定員		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								
協力歯科医療機関		名称								
添付書類		別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、医療法第7条の許可を受けた病院であることを証する書類、建物の構造概要及び平面図、管理者及び児童発達支援管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書、運営規程、障がい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、設備・備品等一覧表、協力歯科医療機関との契約内容が分かるもの、児童福祉法第21条の5の15第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書等) 契約制度導入に伴い利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規等参考になるもの								

(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、入所児又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。

様式第二十一号の十七付表八の次に次の一表を加える。

付表9 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 -----) ----- 県 ----- 郡・市				
	連絡先	電話番号	FAX番号		電子メール	
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	
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等			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		
主な揭示事項						
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				
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				
添付書類		別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、管理者及び児童発達支援管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書、運営規程、障がい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、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容が分かるもの、児童福祉法第21条の5の15第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書等) 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、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。
5. 「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、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。

様式第二十一号の十七の次に次の二様式を加える。

様式第21号の17の2(第19条の5関係)

受付番号

障がい児(通所・入所)支援変更指定申請書

年 月 日

福岡県知事 殿

申請者 所在地
(設置者) 名称
代表者

印

児童福祉法に規定する口特定障がい児通所支援(児童発達支援・放課後等デイサービス) 口指定障がい児入所施設に係る変更指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

事業所(施設)所在地市町村番号

Application form with sections for Applicant (フリガナ, 名称, 所在地, 法人種別, 連絡先, 代表者), Change Designation (フリガナ, 名称, 所在地), and Business Types (同一所在地において行う事業等の種類, 実施!指定申請をする事業等の事業, 様式, 実施!他の法律において既に指定を受けている事業等の指定年月日, 備考). Includes checkboxes for business types like '児童発達支援' and '障がい児入所支援施設'.

(備考)

- 1 「受付番号」「事業所(施設)所在地市町村番号」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 「同一所在地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について事業の種類を記載し、該当する欄には「○」を記載してください。
5 「〇〇事業所番号」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、その事業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。

様式第二十一号の十八を次のように改める。

様式第21号の18(第19条の5関係)

変更届出書

年 月 日

福岡県知事 殿

住 所
 事 業 者 (所在地)
 (施設の設置者)氏 名 印
 (名称及び代表者氏名)

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

指定内容を変更した施設	事業所番号
	名 称 所 在 地 支 援 の 種 類
変更があった事項	変更の内容
1!事業所(施設)の名称 2!事業所(施設)の所在地(設置の場所) 3!申請者(設置者)の名称 4!主たる事務所の所在地 5!代表者の氏名及び住所 6!登記事項証明書又は条例等(当該指定に係る事業に関するものに限る。) 7!医療法第7条の許可を受けた病院又は診療所であること	(変更前)
8!事業所(施設)の平面図及び設備の概要 9!事業所(施設)の管理者の氏名及び住所 10!事業所(施設)の児童発達支援管理責任者の氏名及び住所 11!主たる対象者 12!運営規程 13!協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約内容	(変更後)
変更年月日	年 月 日

- 備考1 該当項目番号に○を付してください。
 2 変更内容がわかる書類を添付してください。
 3 変更の日から10日以内に届け出てください。

様式第二十一号の十八の二中「平成」を削る。

様式第二十一号の二十中「平成」を削る。「第21条の5の25第2項」を「第21条の5の26第2項」に、「第21条の5の25」を「第21条の5の26」に改める。

様式第二十一号の二十一中「平成」を削る。

様式第二十五号中「知的障害児」を「知的障がい児」に改める。

附則

(施行期日)

1 この規則は、公布の日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行の際現にある旧様式による用紙は、当分の間、なお所要の修正をして使用することができる。

福岡県障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行細則の一部を改正する規則を制定し、ここに公布する。

令和元年五月二十八日

福岡県知事 小川 洋

福岡県規則第四号

福岡県障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行

細則の一部を改正する規則

福岡県障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行細則（平成十九年福岡県規則第四十九号）の一部を次のように改正する。

第一条中「指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設」を「指定障がい福祉サービス事業者、指定障がい者支援施設」に改める。

第二条の見出し中「指定障害福祉サービス事業者等」を「指定障がい福祉サービス事業者等」に改め、同条中「指定障害福祉サービス事業所・指定障害者支援施設・指定一般相談支援事業所指定（更新）申請書」を「指定障がい福祉サービス事業所・指定障がい者支援施設・指定一般相談支援事業所指定（更新）申請書」に改める。

第三条の見出し中「特定障害福祉サービス事業者及び指定障害者支援施設」を「特定

障がい福祉サービス事業者及び指定障がい者支援施設」に改め、同条中「特定障害福祉サービス事業所・指定障害者支援施設変更指定申請書」を「特定障がい福祉サービス事業所・指定障がい者支援施設変更指定申請書」に改める。

第四条の見出し中「指定障害福祉サービス事業者等」を「指定障がい福祉サービス事業者等」に改める。

第五条の見出し中「指定障害者支援施設」を「指定障がい者支援施設」に改める。

第七条の見出し中「障害福祉サービス事業等」を「障がい福祉サービス事業等」に改め、同条第一項中「障害福祉サービス事業等開始・変更届」を「障がい福祉サービス事業等開始・変更届」に改め、同条第二項中「障害福祉サービス事業等廃止・休止届」を「障がい福祉サービス事業等廃止・休止届」に改める。

第十一条中「障害者又は障害児」を「障がい者又は障がい児」に改める。

様式目次中

「様式第一号 指定障害福祉サービス 第二条

業所・指定障害者支援施設・指定一般相談支援事業所指定（更新）申請書 を

「様式第一号 指定障がい福祉サービス 第二条

事業所・指定障がい者支援施設・指定一般相談支援事業所指定（更新）申請書 を

「付表六 重度障害者等包括支援事業所の指定に係る記載事項 第二条

「付表六 重度障がい者等包括支援事業所の指定に係る記載事項 第二条

「付表八その一 障害者支援施設の指定に係る記載事項 第二条

「付表八その一 障害者支援施設の指定に係る記載事項 第二条

「付表八その一 障害者支援施設の指定に係る記載事項 第二条

「付表八その一 障害者支援施設の指定に係る記載事項 第二条

「付表八その一 障害者支援施設の指定に係る記載事項 第二条

「付表八その一 障害者支援施設の指定に係る記載事項 第二条

「付表八その一 障害者支援施設の指定に係る記載事項 第二条

「付表八その一 障害者支援施設の指定に係る記載事項 第二条

「付表八その一 障害者支援施設の指定に係る記載事項 第二条

「付表八その一 障害者支援施設の指定に係る記載事項 第二条

「付表八その一 障害者支援施設の指定に係る記載事項 第二条

「付表八 障がい者支援施設の指定に係る記載事項」 第二条

「付表八その二」を「付表八―二」に、「付表八その三」を「付表八―三」に、「付表十三 指定障害福祉サービス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）その一・その二」を

付表十四 指定一般相談支援事業所の指定に係る記載事項」 第二条

付表十四―二 他の事業所又は施設の従業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 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書その一・その二」を

付表十五 就労定着支援事業所の指定に係る記載事項」 第二条

「付表十三 就労定着支援事業所の指定に係る記載事項」 第二条

付表十三―二 一般就労移行実績」 第二条

付表十四 自立生活援助事業所の指定に係る記載事項」 第二条

付表十五 指定障がい福祉サービス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）その一・その二」に、

付表十六 指定一般相談支援事業所の指定に係る記載事項」 第二条

付表十六―二 他の事業所又は施設の従業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 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書その一・その二」

付表十七 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（障害者支援施設）その一・その二・その三」 第二条

「別紙二―二 視覚障害者又は聴覚言語障害者の状況」 第二条

別紙三 視覚障害者又は聴覚言語障害者の状況」 第二条

別紙四 重度障害者支援加算(Ⅱ)に関する届出書」 第二条

別紙五 障害基礎年金一級を受給する利用者の状況（重度障害者支援体制加算に係る届出書）」 第二条

別紙六 就労定着者の状況その一・その二・その三」 第二条

「別紙二―二 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（障がい者支援施設）その一・その二・その三」 第二条

別紙三 視覚障がい者又は聴覚言語障がい者の状況」 第二条

別紙四 重度障がい者の状況」 第二条

別紙四十一 就労定着支援に係る基本 第二条

報酬の算定区分に関する届出書

別紙四十二 就労定着実績体制加算に 第二条

関する届出書

別紙四十三 精神障がい者地域移行特 第二条

別加算に関する届出書

別紙四十四 強度行動障がい者地域移 第二条

行特別加算に係る届出書

別紙四十五 社会生活支援特別加算に 第二条

係る届出書

別紙四十六 夜勤職員加配加算に関す 第二条

る届出書

別紙四十七 サービス管理責任者配置 第二条

等加算に関する届出書（

生活介護・自立訓練（機

能訓練）・自立訓練（生

活訓練）

「様式第二号 特定障害福祉サー 第三条

業所・指定障害者支援施

設変更指定申請書

「様式第二号 特定障がい福祉サー 第三条

事業所・指定障がい者支

援施設変更指定申請書

「様式第六号 障害福祉サー 第七条第一項

開始・変更届

様式第七号 障害福祉サー 第七条第二項

廃止・休止届

「様式第六号 障がい福祉サー 第七条第一項

等開始・変更届

様式第七号 障がい福祉サー 第七条第二項 に

等廃止・休止届

改める。

様式第一号（別紙を含む。）から様式第一号付表三―二までを次のように改める。

様式第1号(第2条関係)

受付番号

指定障がい福祉サービス事業所
指定障がい者支援施設 指定(更新)申請書
指定一般相談支援事業所

年 月 日

福岡県知事 殿

申請者 所在地
(設置者) 名称
代表者

印

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する指定障害福祉サービス事業所・指定障害者支援施設・指定一般相談支援事業所に係る指定(更新)を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

事業所(施設)所在地市町村番号

申請者 (設置者)	フリガナ						備考
	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	FAX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 (更新) を受けようとする事業所・施設の 種類	フリガナ						
	名称						
	事業所(施設)の所在地		(郵便番号 —) 県 郡・市				
	同一所在地において行う事業等の種類		実施事業	指定申請をする事業等の 事業開始予定年月日	様式	実施事業	他の法律において既に指定を受けている事業等の指定年月日
	サ ー ビ 障 が い 者 支 援 施 設						別紙のとおり
							別紙のとおり
							別紙のとおり
							別紙のとおり
							別紙のとおり
	指定障がい者支援施設						別紙のとおり
指定一般相談支援事業所 (地域移行支援)				付表16		別紙のとおり	
指定一般相談支援事業所 (地域定着支援)				付表16		別紙のとおり	
〇〇事業所番号	同一の法律において既に指定を受けている場合				事業所名		

記入担当者名

連絡先

(備考)

- 「受付番号」「事業所(施設)所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 「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」「一般社団法人」「一般財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記載してください。
- 「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。
- 「同一所在地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について事業の種類を記載し、該当する欄には「〇」を記載してください。
- 「〇〇事業所番号」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、その事業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。

付表1 居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援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 -) 県 郡・市			
	連絡先	電話番号	FAX番号		
管理者	フリガナ				
	氏名	住所	(郵便番号 -) 県 郡・市		
	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			
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等		第 条 第 項 第 号			
サービス提供責任者	フリガナ				
	氏名	住所	(郵便番号 -)		
従業者の職種・員数		居宅介護等従業者	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)		2.5			
主な揭示事項					
営業日	月・火・水・木・金・土・日・祝 (休業日:)				
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・身体障がい者・知的障がい者・障がい児・精神障がい者・難病等対象者			
	重度訪問介護	特定無し・身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者・難病等対象者・加算対象者以外			
	同行援護	特定無し・身体障がい者・障がい児・難病等対象者			
	行動援護	特定無し・知的障がい者・障がい児・精神障がい者・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				
一体的に管理運営を行う他の事業所					
添付書類	別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、管理者及びサービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書、運営規程、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、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書 等)				

(備考)

- 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、居宅介護の指定とあわせて重度訪問介護の指定を受けようとする場合は重度訪問介護も記載してください。
- 「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。
- 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。
- 「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。
- 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。
- 「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。
- 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。
 - 登記事項証明書又は条例等
 - 事業所平面図
 - 管理者及びサービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書
 - 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

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 ー) 県 郡・市		
	連絡先	電話番号	FAX番号	
	電子メール			
主な掲示事項				
	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・身体障がい者・知的障がい者・障がい児・精神障がい者・難病等対象者		
	重度訪問介護	特定無し・身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者・難病等対象者・加算対象者以外		
	同行援護	特定無し・身体障がい者・障がい児・難病等対象者		
	行動援護	特定無し・知的障がい者・障がい児・精神障がい者・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			
一体的に管理運営を行う他の事業所				
	添付書類	別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、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、設備・備品等一覧表)		

(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、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 -) 県 郡・市							
	連絡先	電話番号				FAX番号			
		電子メール							
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)				
	氏名				県 郡・市				
	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							
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等								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	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	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									
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								
一体的に管理運営する他の事業所									
添付書類		別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、管理者及びサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書、運営規程、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、勤務体制・形態一覧表、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、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書 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. 「主な掲示事項」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15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 -) 県 郡・市									
	連絡先	電話番号	FAX番号		電子メール						
管理者	フリガナ			(郵便番号 -)							
	氏名	住所		県 郡・市							
	当該生活介護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								
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等											
サービス管理責任者	フリガナ			(郵便番号 -)							
	氏名	住所		県 郡・市							
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)											
前年度の平均実利用者数(人)	施設が申告する障がい支援区分の平均値										
	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										
(人)		サービス単位3									
主な掲示事項											
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		身体障がい者								
	細分無し		肢体不自由		視覚障がい		聴覚・言語		内部障がい		
	知的障がい者		精神障がい者		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							
一体的に管理運営する他の事業所											
添付書類		別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、管理者及びサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書、運営規程、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、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容が分かるもの、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書 等)									

(備考)

- 「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。
- 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。
- 「看護職員」とは保健師、看護師、准看護師のことをいいます。
- 新設の場合には、「前年度の平均実利用者数」欄は推定数を記入してください。
- 「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。
- 「※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。
- 「その他の費用」欄は、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。
- 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。
 - 登記事項証明書又は条例等
 - 事業所平面図
 - 管理者及びサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書
 - 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
 - 協力医療機関との契約内容が分かるもの

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

※多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表15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 -----) 県 ----- 郡・市 -----										
	連絡先	電話番号	-----				FAX番号	-----				
		電子メール	-----								第 条 第 項 第 号	
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等												
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		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)		-----		-----		-----		-----		-----		
前年度の平均実利用者数(人)		施設が申告する障がい支援区分の平均値										
		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		-----		-----		-----				
(人)		サービス単位3		-----		-----		-----				
主な掲示事項												
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										
		身体障がい者 細分無し 肢体不自由 視覚障がい 聴覚・言語 内部障がい										
		知的障がい者 精神障がい者 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				
一体的に管理運営する他の事業所		-----										
添付書類		別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、サービス管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書、運営規程、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、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容が分かるもの、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書等)										

(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、准看護師のことをいいます。
4. 新設の場合には、「前年度の平均実利用者数」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。

様式第一号付表五から付表七―二までを次のように改める。

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 -----) 県 ----- 郡・市 -----										
	連絡先	電話番号	-----				FAX番号	-----				
管理者	フリガナ	-----										
	氏名	住所 (郵便番号 -----) 県 ----- 郡・市 -----										
	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	併設型又は単独型の場合	利用定員数(人) -----				前年度の平均入所者数(人) -----					
併設(本体)施設	名称	-----										
施設種別等	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 ----- m ²										
従業者の職種・員数(人)	サービス管理責任者	専従	※兼務	専従	※兼務	看護職員				心理判定員		
		専従	※兼務	専従	※兼務	合計	保健師	看護師	准看護師	専従	※兼務	
	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)											
	職能判定員	専従	※兼務	専従	※兼務	理学療法士等				あん摩マッサージ指圧師		生活支援員
		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	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)												
職業指導員	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
	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)												
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等 第 条 第 項 第 号												
主な掲示事項												
主たる対象者	特定無し・身体障がい者・知的障がい者・障がい児・精神障がい者・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	-----					
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(登記事項証明書又は条例等、事業所の平面図及び概要、管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴書、運営規程、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、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約の内容が分かるもの、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書 等)											

(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. 新設の場合には、「前年度の平均入所者数」欄は推定数を記入してください。
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. 「※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。
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. 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) 登記事項証明書又は条例等
 - (2) 事業所の平面図及び概要
 - (3) 管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴書
 - (4) 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
 - (5) 協力医療機関との契約の内容が分かるもの

付表6 重度障がい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 ー) ----- 県 ----- 郡・市 -----				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
	電子メール	-----				
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 ー) ----- 県 ----- 郡・市 -----	
	氏名					
	サービス提供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	-----			
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等 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 ー) -----	
	氏名					
事業所の体制						
他に指定を受けている障がい福祉サービス等	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その他の事業所						
添付書類	別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、管理者及びサービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書、運営規程、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、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書 等)					

(備考)

- 「受付番号」欄には、記載しないでください。
- 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葉に記載した書類を添付してください。
- 「他に指定を受けている障がい福祉サービス等」欄には、重度障がい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。
- 第三者に委託して障がい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、指定事業所でない場合は事業所番号の記載は不要です。
- 「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。
- 「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がい者を対象とする場合は「Ⅰ類型」、最重度知的障がい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。
- 「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。
- 「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。

付表7 共同生活援助事業所の指定に係る記載事項 その1

		受付番号					
主たる事業所	フリガナ						
	名称	-----					
	所在地	(郵便番号 -)		県 郡・市			
	連絡先	電話番号		FAX番号			
		電子メール					
サービスの提供形態(該当部分に○)	介護サービス包括型		生活支援員の業務の外部委託の予定 有(月 時間)・無し				
	日中サービス支援型		生活支援員の業務の外部委託の予定 有(月 時間)・無し				
	外部サービス利用型	受託居宅介護サービス事業者が事業を行う事業所の名称及び所在地並びに当該事業者の名称及び所在地			別紙のとおり		
管理者	フリガナ	(郵便番号 -)					
	氏名	住所		県 郡・市			
	他の事業所、施設又は医療機関の従業者との兼務(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	-----				
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等					第 条 第 項 第 号		
利用定員数							
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		世話人		生活支援員		
			専従	兼務	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)							
障がい者支援施設等との連携体制等	連携施設の種別・名称						
	支援体制の概要						
一体的に管理運営される他の事業所							
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		
協力歯科医療機関	名称						
添付書類	別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、共同生活住居の構造概要及び平面図、管理者及びサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書、運営規程、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、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、協力医療機関及び協力歯科医療機関との契約内容が分かるもの、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書等)、受託居宅介護サービス事業者との委託契約書(外部サービス利用型の場合)、協議会等への報告・協議会からの評価等に関する措置の概要(日中サービス支援型の場合)						

(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. 主たる事業所とは、複数の共同生活住居がある場合、当該事業所からいずれの共同生活住居に対して、概ね30分程度で移動可能な範囲にある事業所をいいます。

付表7-2 共同生活援助事業者(地域移行支援型ホーム)の指定に係る記載事項 その1

		受付番号				
主たる事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡・市				
	連絡先	電話番号	FAX番号			
		電子メール				
管理者	フリガナ	(郵便番号 -)				
	氏名	住所	県 郡・市			
	他の事業所、施設又は医療機関の従業者との兼務(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				
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等			第 条 第 項 第 号			
利用定員数						
サービス管理責任者	フリガナ	(郵便番号 -)				
	氏名	住所				
従業者の職種・員数	サービス管理責任者		世話人		生活支援員	
	専従		専従		専従	
	兼務		兼務		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)					
同一敷地内にある入所施設又は病院の名称及び所在地						
サービスの提供形態(該当部分に○)	介護サービス包括型	生活支援員の業務の外部委託の予定 有(月 時間)・無し				
	外部サービス利用型	受託居宅介護サービス事業者が事業を行う事業所の名称及び所在地並びに当該事業者の名称及び所在地 別紙のとおり				
障がい者支援施設等との連携体制等	連携施設の種別・名称					
	支援体制の概要					
一体的に管理運営する他の事業所						
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	
協力歯科医療機関	名称					
添付書類	別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、建物の構造概要及び平面図、管理者及びサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書、運営規程、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、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、協力医療機関及び協力歯科医療機関との契約内容が分かるもの、入所定員又は精神病院の精神病床数の減少計画書、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書、受託居宅介護サービス事業者との委託契約書(外部サービス利用型の場合)等)					

(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. 主たる事業所とは、複数の共同生活住居がある場合、当該事業所からいずれの共同生活住居に対して、概ね30分程度で移動可能な範囲にある事業所をいいます。

様式第一号付表八から付表十五その二（別紙一から別紙三十四までを含む。）までを次のように改める。

付表8 障がい者支援施設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 -) ----- 県 ----- 郡・市											
	連絡先	電話番号					FAX番号						
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -) ----- 県 ----- 郡・市								
	氏名												
屋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)		併設施設の種類											
従業者の職種・員数(人)		サービス管理責任者		医師		看護職員							
						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)													
従業者数		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	
		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)													
従業者数		職業指導員		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		
従業者数	常勤(人)												
	非常勤(人)												
常勤換算後の人数(人)													
主な揭示事項													
主たる対象者		無し		身体障がい者									
				細分無し	肢体不自由	視覚障がい	聴覚・言語	内部障がい					
		知的障がい者精神障がい者難病等対象者											
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									
協力歯科医療機関		名称											
添付書類		別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、建物の構造概要及び平面図、管理者及びサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書、運営規程、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、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、協力医療機関及び協力歯科医療機関との契約内容が分かるもの、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書 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. 屋間に複数の施設障がい福祉サービスを実施する場合、「屋間実施サービスの定員」欄には、給付の種類ごとに定員の合計数を記載してください。
4. 施設入所支援に複数のサービス単位を設ける場合、「施設入所支援の定員」欄には、定員の合計数を記載してください。
5. 「定員緩和措置の有無」欄は、基準省令第9条第2項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。
6. 「従業員の職種・員数」欄には、職種ごとに、屋間実施サービスの従事者(付表8—3のⅠ及びⅡ欄に記載した職員)の合計数を記載してください。
7. 「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。

付表8-2 屋間実施サービス及び施設入所支援に係る記載事項

受付番号

施設名								
屋間実施サービスの種類	生活介護	サービス単位 有 無	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 (資格取得)	就労継続支援 (A型)	就労継続支援 (B型)
	実施する事業							
	前年度の平均実利用者数(人)							
	屋間多機能の実施	有・無	屋間の総定員数(人)					
生活介護を行う場合のみ			施設が申告する障がい支援区分の平均値					
			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							
施設入所支援	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						
設備基準上の数値記載項目等								
居室	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			m ²			m ²	
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(人)								
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等				第 条 第 項 第 号				
短期入所の実施		有・無						
主な掲示事項								
営業日								
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								

(備考)

- 「受付番号」「基準上の必要値」欄には、記載しないでください。
- 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葉に記載した書類を添付してください。
- 「屋間実施サービスの種類」欄は、実施するサービスについて、該当欄に○を記入してください。
- 新設の場合には、「前年度の平均実利用者数」欄は推定数を記入してください。
- 既存の障がい者施設からの移行の場合で、指定基準省令附則の規定の適用を受けるときには、「経過措置」欄の「有」に○を付けてください。
- 「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。
- 「通常の事業の実施地域」については、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8-3 従業員の職種・員数に係る記載事項

____ 枚中 ____ 枚目

受付番号	
------	--

施設名													
施設障がい福祉サービスの種類		従業員の職種・員数											
I	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)	サービス管理責任者		医師		看護職員							
		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						生活支援員		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	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	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)												
II	就労移行支援 就労継続支援	サービス管理責任者		職業指導員		就労支援員							
		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						その他の従業者			
				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	
	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)												
III	施設入所支援 (サービス単位__)	サービス管理責任者		生活支援員		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		
	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. 当該施設が実施する障がい福祉サービスごと(生活介護及び施設入所支援はサービス単位ごと)に、従事する職員数を記載し、I～III欄は、それぞれ実施する障がい福祉サービス名に○を付けてください。
3. 複数のサービス単位を設ける場合など、記入欄が不足する場合には、複数枚に分けて記載してください。
4. 「※兼務」欄は、2以上の障がい福祉サービス等を兼務する職員について記載してください。

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 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。
※2 多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表15を併せて提出してください。

受付番号

Application form for independent training (functional training) facilities. Includes sections for facility information, management, staff, and service details.

(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、准看護師のことをいいます。
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、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。
8. 共生型自立訓練(機能訓練)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) 登記事項証明書又は条例等
(2) 事業所の平面図及び概要
(3) 管理者及びサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書
(4) 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
(5) 協力医療機関との契約内容が分かるもの

付表9-2 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15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 -) ----- 県 ----- 郡・市 -----									
	連絡先	電話番号					FAX番号				
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等											第 条 第 項 第 号
訪問事業の実施の有無		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		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)											
主な揭示事項											
営業日											
営業時間											
主たる対象者		特定無し	身体障がい者								
			細分無し	肢体不自由	視覚障がい	聴覚・言語	内部障がい				
		知的障がい者	精神障がい者	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									
一体的に管理運営する その他の事業所											
添付書類		別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、事業所の平面図及び概要、サービス管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書、運営規程、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、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容が分かるもの、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書 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、准看護師のことをいいます。
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、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10 自立訓練(生活訓練)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10-2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15を併せて提出してください。

受付番号

施設	フリガナ																		
	所在地	(郵便番号 -) ----- 県 ----- 郡・市 -----																	
	連絡先	電話番号	FAX番号				電子メール												
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -) ----- 県 ----- 郡・市 -----														
	氏名																		
	当該自立訓練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														
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等																			
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		訪問支援員		地域移行支援員		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		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								m ²		m ²							
主な揭示事項																			
営業日																			
営業時間																			
主たる対象者		特定無し		細分無し		身体障がい者		肢体不自由		視覚障がい		聴覚・言語		内部障がい		知的障がい者		精神障がい者	
利用定員																			
基準上の必要定員																			
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)															
		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																	
一体的に管理運営するその他の事業所																			
添付書類		別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、事業所の平面図及び概要、管理者及びサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書、運営規程、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、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容が分かるもの、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書 等)																	

(備考)

- 「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。
- 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。
- 「看護職員」とは保健師、看護師、准看護師のことをいいます。
- 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」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 「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。
- 「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。
- 共生型自立訓練(生活訓練)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。
 - 登記事項証明書又は条例等
 - 事業所の平面図及び概要
 - 管理者及びサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書
 - 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
 - 協力医療機関との契約の内容が分かるもの

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

※多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表15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 -) ----- 県 ----- 郡・市 -----												
連絡先	電話番号						FAX番号							
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等												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		訪問支援員		地域移行支援員		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	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		身体障がい者						知的障がい者		精神障がい者		
				細分無し		肢体不自由		視覚障がい		聴覚・言語		内部障がい		
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														
一体的に管理運営する その他の事業所														
添付書類		別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、管理者及びサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書、運営規程、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、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容が分かるもの、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書 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、准看護師のことをいいます。
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、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11 就労移行支援事業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11-2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15を併せて提出してください。

(一般型 資格取得型)

※いずれかに○を付してください。

受付番号

施設	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 -)		県 郡・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			県 郡・市					
	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					
	実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等		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		身体障がい者		視覚障がい	聴覚・言語	内部障がい	
	知的障がい者	精神障がい者		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				
提携就労支援機関									
多機能型実施の有無 一体的に管理運営する その他の事業所	有・無								
添付書類	別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、管理者及びサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書、運営規程、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、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容が分かるもの、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書 等)								

(備考)

- 「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。
- 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。
- 「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。
- 「※兼務」欄は、他の障がい福祉サービスとの兼務を行う職員について記載してください。
- 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。
- 「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。
- 「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。

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15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 -----) 県 ----- 郡・市 -----								
	連絡先	電話番号			FAX番号					
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等					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	身体障がい者							
			細分無し	肢体不自由	視覚障がい	聴覚・言語	内部障がい			
		知的障がい者	精神障がい者	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								
一体的に管理運営するその他の事業所										
添付書類		別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、サービス管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書、運営規程、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、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容が分かるもの、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書 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. 「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、他の障がい福祉サービス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。

付表12 就労継続支援事業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12-2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15を併せて提出してください。

(就労継続支援(A型)
就労継続支援(B型))
※いずれかに○を付してください。

受付番号

施設	フリガナ 名称								
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡・市							
	連絡先	電話番号				FAX番号			
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 -) 県 郡・市			
	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 注「定款」は、A型のみ					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)									
		その他の従業者							
		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			身体障がい者				
			細分無し	肢体不自由	視覚障がい	聴覚・言語	内部障がい		
		知的障がい者	精神障がい者	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					
一体的に管理運営する その他の事業所									
添付書類		別添のとおり(定款若しくは寄附行為及び登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、管理者及びサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書、運営規程、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、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容が分かるもの、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書等) 注「定款、寄附行為」はA型のみ							

(備考)

- 「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。
- 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。
- 「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。
- 「※兼務」欄は、他の障がい福祉サービスとの兼務を行う職員について記載してください。
- 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。
- 「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15を併せて提出してください。

受付番号

施設	フリガナ									
	名称									
設	所在地	(郵便番号 -)		県 郡・市						
	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 注「定款」は、A型のみ		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)										
従業者数		就労支援員		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)										
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	身体障がい者							
			細分無し	肢体不自由	視覚障がい	聴覚・言語	内部障がい			
		知的障がい者		精神障がい者		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								
一体的に管理運営するその他の事業所										
添付書類		別添のとおり(定款若しくは寄附行為及び登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、サービス管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書、運営規程、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、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容が分かるもの、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書等) 注「定款、寄附行為」はA型のみ								

(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. 「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、他の障がい福祉サービス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。

付表13 就労定着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 -)			
		県 郡・市			
連絡先	電話番号		FAX番号		
	電子メール				
管理者	フリガナ			住所 (郵便番号 -)	
	氏名				県 郡・市
	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	-----		
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定め			第 条 第 項 第 号		
である条例等					
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		
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)				
	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					
主たる対象者		特定無し・身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者・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		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(登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、管理者及びサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書、運営規程、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、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書等)			

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」欄は、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、他の障がい福祉サービスとの兼務を行う職員につい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、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。
8. 事業所指定を受け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(付表13-2)を添付してください。

付表13-2 一般就労移行実績

年 月 日

【申請日の属する日から遡って過去3年間に於いて、一般就労に移行した者を記載すること】

	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年間に於いて、一般就労に移行した者について記入する。
一般就労の定義、雇用継続の状況は問わない。ただし、就労継続支援A型事業所への移行は除く。

注2. 就労定着支援を申請する事業所ごとに作成し、指定申請書に添付すること。

注3. 適宜、欄は追加してください。

付表14 自立生活援助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			
	電子メール					
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)	
	氏名				県	郡・市
	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		-----	
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等				第 条 第 項 第 号		
前年度の平均利用者数(人)			人			
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)					
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						
主たる対象者		特定無し・身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者・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		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(登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、管理者及びサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書、運営規程、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、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書 等)				

(備考)

- 「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。
- 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」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 「※兼務」欄は、他の障がい福祉サービスとの兼務を行う職員について記載してください。
- 「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。

付表15

指定障がい福祉サービス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) その1

※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								
	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がいの種類	無し	身体障がい者		知的障がい者		精神障がい者		難病等対象者	
	細分無し	肢体不自由	視覚障がい	聴覚・言語	内部障がい				
生活介護を行う場合のみ		事業所が申告する障がい支援区分の平均値							
		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	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(資格取得)	就労継続支援(A型)	就労継続支援(B型)		
	サービス単位有								
	サービス単位無								
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	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(資格取得)	就労継続支援(A型)	就労継続支援(B型)	
合計									
主事業所									
その他の事業所									

(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. 「定員緩和措置の有無」欄は、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。
5. 新設の場合には、「前年度の平均実利用者数」欄は推定数を記入してください。

付表15 その2

受付番号

従業者の職種・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				
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)																
事業所1	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)																
			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		
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)																
事業所1	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)																
			職業指導員						就労支援員		その他の従業者						
			合計		右記以外		兼教官		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)																
事業所1	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. 「※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。

様式第一号付表十五その二の次に次の四表を加える。

付表16 指定一般相談支援事業所の指定に係る記載事項

(地域移行支援
地域定着支援)

受付番号

※実施事業に○を付してください。

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 —) 県	郡・市		
	連絡先	電話番号	FAX番号		
		電子メール			
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業について定めてある条例等			第 条 第 項 第 号		
管理者	フリガナ		(郵便番号 —)		
	氏名		住所		
	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、付表16-2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 揭示 事項	営業日				
	営業時間				
	主たる対象者	特定無し・身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者・障がい児・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(登記事項証明書又は条例等、事業所の平面図、運営規程、管理者及び指定地域相談支援の提供に当たる者の氏名、生年月日、住所及び経歴書、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第51条第2項において準用する同法第36条第3項の規定に該当しない旨の誓約書等)			

(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、記入しないでください。
- 3 「兼務」については、指定特定相談支援事業所、指定障がい児相談支援事業所との兼務は除いてください。
- 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。
- 6 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。

付表16-2 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業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		

付表17 その2

届出を行う事業所・施設の 種類	同一所在地において行う事業等の種類（同じ事業所番号のもの）	実施事業	指定年月日	異動等の区分	異動年月日	異動項目 （※変更の場合）
	介護給付 訓練等給付	居宅介護			1 新規 2 変更 3 終了	
重度訪問介護				1 新規 2 変更 3 終了		
同行援護				1 新規 2 変更 3 終了		
行動援護				1 新規 2 変更 3 終了		
療養介護				1 新規 2 変更 3 終了		
生活介護				1 新規 2 変更 3 終了		
短期入所				1 新規 2 変更 3 終了		
重度障がい者等包括支援				1 新規 2 変更 3 終了		
施設入所支援				1 新規 2 変更 3 終了		
自立訓練				1 新規 2 変更 3 終了		
就労移行支援				1 新規 2 変更 3 終了		
就労継続支援				1 新規 2 変更 3 終了		
就労定着支援				1 新規 2 変更 3 終了		
自立生活援助				1 新規 2 変更 3 終了		
共同生活援助				1 新規 2 変更 3 終了		
特記事項	変更前			変更後		
関係書類		別紙のとおり				

注1 「法人の種類」欄は、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」等の別を記入してください。

注2 「法人所轄庁」欄は、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。

注3 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。

注4 「異動等の区分」欄は、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字に「○」を記入してください。

注5 「異動項目」欄は、（別紙1）「介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる加算・減算等の項目を記載してください。

注6 「特記事項」欄は、異動の状況について具体的に記載してください。

介護施設	介護職員	介護職員	介護職員	介護職員
療養介護	1. 40人以下 2. 41人以上60人以下 3. 61人以上80人以下 4. 81人以上	1. 21人以上40人以下 2. 41人以上60人以下 3. 61人以上80人以下 4. 81人以上 5. 20人以下	1. 21人以上40人以下 2. 41人以上60人以下 3. 61人以上80人以下 4. 81人以上 5. 20人以下	1. I型 2. II型 3. III型 4. IV型 5. V型
生活介護	1. 21人以上40人以下 2. 41人以上60人以下 3. 61人以上80人以下 4. 81人以上 5. 20人以下	1. 21人以上40人以下 2. 41人以上60人以下 3. 61人以上80人以下 4. 81人以上 5. 20人以下	1. 21人以上40人以下 2. 41人以上60人以下 3. 61人以上80人以下 4. 81人以上 5. 20人以下	1. I型(1:7:1) 2. II型(2:1) 3. III型(2:5:1) 4. IV型(3:1) 5. V型(3:5:1) 6. VI型(4:1) 7. VII型(4:5:1) 8. VIII型(5:5:1) 9. IX型(5:5:1) 10. X型(6:1)
福祉専門職員配置等	1. なし 3. II 4. III 5. I			
人員配置体制	1. なし 2. あり			
福祉・介護職員処遇改善加算対象	1. なし 2. あり			
福祉・介護職員処遇改善特別加算対象	1. なし 2. あり			
キャリアパス区分(※3)	1. III(キャリアパス要件(Ⅰ又はⅡ)及び職場環境等要件のいずれも満たす) 2. IV(キャリアパス要件を満たさない) 3. V(キャリアパス要件を満たさない) 4. VI(職場環境等要件を満たさない) 5. II(キャリアパス要件(Ⅰ及びⅡ)及び職場環境等要件のいずれも満たす) 6. I(キャリアパス要件(Ⅰ及びⅡ及びⅢ)及び職場環境等要件のいずれも満たす)			
指定管理者制度適用区分	1. 非該当 2. 該当			
地域生活支援拠点等	1. 非該当 2. 該当			
施設区分	1. 一般 2. 小規模多機能			
定員超過	1. なし 2. あり			
職員欠如	1. なし 2. あり			
サービス管理責任者欠如	1. なし 2. あり			
開所時間減算	1. なし 2. あり			
開所時間減算区分(※5)	1. 4時間未満 2. 4時間以上6時間未満			
短時間利用減算	1. なし 2. あり			
大規模事業所	1. なし 5. 定員8人以上			
医師未配置減算	1. なし 2. あり			
人員配置体制	1. なし 2. あり			
福祉専門職員配置等	1. なし 3. II 4. III 5. I			
特別看護職員等配置	1. なし 2. I 3. II			
視覚・聴覚等支援体制	1. なし 2. あり			
重度障がい者支援体制	1. なし 2. あり			
リハビリテーション加算	1. なし 2. あり			
食事提供体制	1. なし 2. あり			
延長支援体制	1. なし 2. あり			
送迎体制	1. なし 3. I 4. II			
送迎体制(重症)	1. なし 2. あり			
就労移行支援体制	1. なし 2. あり			
就労移行支援体制(就労定着者数)	就労定着者数()			
福祉・介護職員処遇改善特別加算対象	1. なし 2. あり			
キャリアパス区分(※3)	1. III(キャリアパス要件(Ⅰ又はⅡ)及び職場環境等要件のいずれも満たす) 2. IV(キャリアパス要件を満たさない) 3. V(キャリアパス要件を満たさない) 4. VI(職場環境等要件を満たさない) 5. II(キャリアパス要件(Ⅰ及びⅡ)及び職場環境等要件のいずれも満たす) 6. I(キャリアパス要件(Ⅰ及びⅡ及びⅢ)及び職場環境等要件のいずれも満たす)			
主たる事業所サービス種類1(※6)	サービス種類コード()			
指定管理者制度適用区分	1. 非該当 2. 該当			
共生型サービス対象区分	1. 非該当 2. 該当			
サービス管理責任者配置等(※7)	1. なし 2. あり			
地域生活支援拠点等	1. 非該当 2. 該当			
施設区分	1. 福祉型 2. 医療型 3. 福祉型(強化)			
定員超過	1. なし 2. あり			
職員欠如	1. なし 2. あり			
大規模減算	1. なし 2. あり			

提供サービス	定員数	定員規模	多機能型等 定員区分(※1)	人員配置区分 (※2)	施設区分	その他該当する体制等	適用開始日
就労移行支援		1. 21人以上40人以下 2. 41人以上60人以下 3. 61人以上80人以下 4. 81人以上 5. 20人以下			就労定着率区分(※9)	1. 就労後6月以上定着率が5割以上 2. 就労後6月以上定着率が4割以上5割未満 3. 就労後6月以上定着率が3割以上4割未満 4. 就労後6月以上定着率が2割以上3割未満 5. 就労後6月以上定着率が1割以上2割未満 6. 就労後6月以上定着率が0割以上1割未満 7. 就労後6月以上定着率が0 8. なし(経過措置対象)	
					定員超過	1. なし 2. あり	
					職員欠如	1. なし 2. あり	
					サービス管理責任者欠如	1. なし 2. あり	
					標準期間超過	1. なし 2. あり	
					福祉専門職員配置等	1. なし 3. II 4. III 5. I	
					就労支援関係研修修了	1. なし 2. あり	
					視覚・聴覚等支援体制	1. なし 2. あり	
					就労定着支援体制 (6月以上12月未満)	1. なし率が5分以上1割5分未満 2. 定着率が1割5分以上2割5分未満 3. 定着率が2割5分以上3割5分未満 4. 定着率が3割5分以上4割5分未満 5. 定着率が4割5分以上	
					就労定着支援体制 (12月以上24月未満)	1. なし 2. 定着率が5分以上1割5分未満 3. 定着率が1割5分以上2割5分未満 4. 定着率が2割5分以上3割5分未満 5. 定着率が3割5分以上4割5分未満 6. 定着率が4割5分以上	
					就労定着支援体制 (24月以上36月未満)	1. なし率が5分以上1割5分未満 2. 定着率が1割5分以上2割5分未満 3. 定着率が2割5分以上3割5分未満 4. 定着率が3割5分以上4割5分未満 5. 定着率が4割5分以上	
					精神障がい者退院支援施設	1. なし 2. 宿直体制 3. 夜勤体制	
食事提供体制	1. なし 2. あり						
移行準備支援体制(I)	1. なし 2. あり						
送迎体制	1. なし 3. I 4. II						
社会生活支援	1. なし 2. あり						
福祉・介護職員処遇改善加算対象	1. なし 2. あり						
福祉・介護職員処遇改善特別加算対象	1. なし						
キャリアパス区分(※3)	1. III (キャリアパス要件 (I又はII) 及び職場環境等要件のいずれも満たす) 2. IV (キャリアパス要件及び職場環境等要件のいずれも満たさない) 3. V (キャリアパス要件を満たさない) 4. VI (職場環境等要件を満たさない) 5. VII (キャリアパス要件 (I及びII) 及び職場環境等要件のいずれも満たす) 6. VIII (キャリアパス要件 (I及びII及びIII) 及び職場環境等要件のいずれも満たす)						
主たる事業所サービス種類1(※6)	サービス種類コード()						
指定管理者制度適用区分	1. 非該当 2. 該当						
地域生活支援拠点等	1. 非該当 2. 該当						

別紙2-2 その2

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覽表（障がい者支援施設・日中分）

サービスマン種別		サービスマン提供単位名（複数のサービスマン単位を指定する場合は記入してください。）																												事業所・施設名	
定員		前年度の平均要利用者数																												基礎上の必要職員数	
人員配置区分		第1週							第2週							第3週							第4週							4週間の平均勤務時間	常勤要員数
職種	勤務形態	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		
合計		1週間に当該事業所・施設における常勤職員の勤務すべき時間数																													

注1 本表はサービスマンの種類ごとに作成してください。

注2 *欄は、当該月の曜日を記入してください。

注3 「人員配置区分」欄は、報酬額定上の区分を記載し、「該当する体制等」欄は、(別紙1)「介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる体制加算等の内容を記載してください。(この際、(別紙1)「介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表」の記載内容と同様に記載してください。)

注4 「職種」欄は、直接サービスマン提供職員に係る職種を記載し、「勤務形態」欄は、①常勤・専従、②常勤・兼務、③非常勤・専従、④非常勤・兼務のいずれかを記載するとともに、加算等に係る職員の加配を区分し、それぞれ1日あたりの勤務時間を記載してください。

注5 算出に当たっては、小数点以下第2位を切り捨ててください。

注6 当該事業所・施設に係る組織体制図を添付してください。

注7 各事業所・施設において私用している勤務制業者（変更の届出の対象となる従業者の職種、勤務形態、氏名、当該業務の勤務時間及び看護職員と介護職員の配置状況（関係する場合はその書類をもって添付書類として添付）を添付してください。

別紙名-2 その3

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覽表（障がい者支援施設・夜間分）

サービスマン種別		サービスマン提供員数（複数のサービスマン単位を配置する場合は記入してください。）																												事業所・施設名			
人員配置区分		前年度の平均実用者数																												該当する体制等		基準上の必要職員数	
職種	勤務形態	第1週							第2週							第3週							第4週							4週分の合計	週平均勤務時間	常勤換算の人数	
		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				
氏名		土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金				
合計																																	
サービスマン提供時間		1週間に当該事業所・施設における常勤職員の勤務すべき時間数																															

- 注1 本表はサービスマンの種類ごとに作成してください。
- 注2 *欄は、当該月の曜日を記入してください。
- 注3 「人員配置区分」欄は、報酬等上の区分を記載し、「後述する体制等」欄は、(別紙1)「介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる体制加算等の内容を記載してください(この際、(別紙1)「介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表」の記載内容と同様に記載してください。)
- 注4 「職種」欄は、直接サービスマン提供員に係る職種を記載し、「勤務形態」欄は、①常勤・専従、②常勤・兼務、③非常勤・専従、④非常勤・兼務のいずれかを記載することにも、加算等に係る職員の加配を区分した上、それぞれ1日あたりの勤務時間を記載してください。
- 注5 算出に当たっては、小数点以下第2位を切り捨ててください。
- 注6 当該事業所・施設に係る組織体制図を添付してください。
- 注7 各事業所・施設において私用している勤務制表等(変更後の予定勤務制表等)により、届出の対象となる従業者の職種、勤務形態、氏名、当該業務の勤務時間及び看護職員等介護職員の配置状況(関係する場合)が確認できる場合はその書類をもって添付書類として差し支えありません。

別紙3

**【視覚・聴覚言語障がい者支援体制加算 関係】
視覚障がい者又は聴覚言語障がい者の状況**

サービスの種類		
事業所・施設の名称		
事業所・施設の所在地		
当該事業所の前年度の平均利用者数 (多機能型の場合は各事業の合計)		
うち30%にあたる人数		
視覚障がい者等の前年度の平均利用者数 (多機能型の場合は各事業の合計)		
	氏名	手帳の種類
手帳の等級		
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		

注1 「氏名」欄は、次に該当する利用者（本書において「視覚障がい者等」という。）を記載してください。
 ① 身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第15条第4項の規定により交付を受けた身体障害者手帳の障がい程度が1級又は2級に該当し、日常生活におけるコミュニケーションや移動等に支障がある視覚障がい者を有する者
 ② 身体障害者手帳の障がいの程度が2級に該当し、日常生活におけるコミュニケーションに支障がある聴覚障がい者を有する者
 ③ 身体障害者手帳の障がいの程度が3級に該当し、日常生活におけるコミュニケーションに支障がある言語機能障がい者を有する者

注2 視覚障がい者等の前年度の平均利用者数（重度の視覚障がい、聴覚障がい、言語機能障がい又は知的障がいのうち2以上の障がい者を有する利用者については、当該利用者数に2を乗じて得た数。）が、事業所の平均利用者数の30%以上であって、かつ視覚障がい者等との意思疎通に関し専門性を有する職員を指定基準に加え、常勤換算方法で当該視覚障がい者等の数を50で除した数以上配置している場合には、視覚・聴覚言語障がい者等支援体制加算が適用されます。

別紙4

【重度障がい者支援加算（施設入所支援） 関係】
重度障がい者の状況

サービスの種類	施設入所支援		
施設の名称			
複数のサービス提供単位を設定する場合はその単位名			
施設の所在地			
当該施設（又はサービス提供単位）の前年度の平均利用者数			
うち20%にあたる人数			
当該施設（又はサービス提供単位）の平均障がい支援区分			
下記の①に該当する者の前年度の平均利用者数			
下記の②に該当する者の前年度の平均利用者数			
氏名	①医師意見書により特別な医療が必要であるとされる者の該当の有無（該当者は受給者証に「重度支援（身体・基本）」と記載されています）	②区分6に該当し、かつ気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理が必要な者又は重症心身障がい者の該当の有無（該当者は受給者証に「重度支援（身体・重度）」と記載されています）	③強度行動障がい（行動関連項目10点以上）の有無（該当者は受給者証に「重度支援（知的）」と記載されています）
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

注1 上記に記載した利用者については、加算対象の確認等のため、受給者証の写しを添付してください。

注2 上記①に該当する者の前年度の平均利用者数が施設の平均利用者数の20%以上であって、かつ看護職員又は生活支援員を指定基準に加えて、常勤換算方法で1人以上配置している場合に、重度障がい者支援加算（Ⅰ）が適用されます。さらに、②に該当する者の前年度の平均利用者数が2人以上の場合に、所定単位数に22単位の加算が適用されます。

注3 指定基準上の人員と生活介護の人員配置体制加算により配置される人員に加えて、強度行動障がい支援者養成研修（実践研修及び基礎研修）修了者を常勤換算方法で0.5～1人以上配置している場合に、③の利用者1人につき、重度障がい者支援加算（Ⅱ）が適用されます。

※ 重度障がい者支援加算（Ⅰ）を算定している施設は、重度障がい者支援加算（Ⅱ）は算定できません。

別紙4-2

年 月 日

重度障がい者支援加算(Ⅱ)に関する届出書

事業所・施設の名称	
1 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了
2 配置状況① (実践研修修了者)	1 強度行動障がい支援者養成研修(実践研修)修了者 配置 (行動援護従業者養成研修修了者を配置した場合を含む) 2 強度行動障がい支援者養成研修(実践研修)受講予定者 配置 (研修受講計画作成済み)
3 配置状況② (基礎研修修了者)	1 強度行動障がい支援者養成研修(基礎研修)修了者 配置 (重度訪問介護従業者養成研修行動障がい支援課程修了者又は行動援護従業者養成研修修了者を配置した場合を含む) 2 強度行動障がい支援者養成研修(基礎研修)受講予定者 配置 (研修受講計画作成済み)
配置人数	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> 人 </div> <p>※ 指定基準上の人員と生活介護の人員配置体制加算により配置される人員に加え、基礎研修修了者を配置する必要があることに留意すること。</p>

- 備考 1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。
- 2 「配置人数」には常勤換算方法による研修修了者数を記載してください。
- 3 実践研修・基礎研修共に、研修修了者については修了証の写しを、受講予定者については研修受講計画の写しを別途添付してください。

別紙5

年 月 日

障害基礎年金1級を受給する利用者の状況（重度者支援体制加算に係る届出書）

当該施設の前年度の平均実利用者 (A)			
うち障害基礎年金1級を受給する利用者 (B)			
(B) / (A) (C)			
重度者支援体制加算		(I) 50%~	(II) 25%~50%
氏 名			
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

注1. 本表は前年度の障害基礎年金1級を受給する利用者を記載してください。

注2. 重度者支援体制加算を算定する場合に作成し、知事に届け出てください。

別紙6

年 月 日

就労移行支援体制加算に関する届出書

前年度における就労定着者の数	
-----------------------	--

氏 名	就 職 日	就職先事業所名	前年度において 6月に達した日	届出時点の継続状 況
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

注1 届出時点の継続状況には、就労が継続している場合には「継続」、離職している場合には「離職」と記入。

注2 加算単位数は前年度の就労定着支援者の数に利用定員に応じた所定単位数を乗じて得た単位数を加算することとなる。

注3 行が足りない場合は適宜追加して記載。

別紙7

【食事提供体制加算 関係】
食事提供に係る体制

サービスの種類						
事業所・施設の名称						
事業所・施設の所在地						
食事 の 提 供 体 制	食事提供に係る 人員配置	管理栄養士	常勤	人	非常勤	人
		栄養士	常勤	人	非常勤	人
		調理員	常勤	人	非常勤	人
		その他（ ）	常勤	人	非常勤	人
		その他（ ）	常勤	人	非常勤	人
	業務委託部分	業務委託の内容	業務委託先			
			委託業務の内容			
		適切な食事提供の確保方策				

注1 業務委託を行っている場合の「食事提供に係る人員配置」欄は、適切な食事提供が行われるための管理等に関わる事業所・施設の職員を記載してください。

注2 業務委託を行う場合の「適切な食事提供の確保方策」欄は、献立に関する事業所・施設の関与、委託先から事業所・施設への食事の運搬方法、適時適温への配慮など、自己調理する場合に通常確保される提供体制に相当するものへの対応の概略を記載してください。

別紙8

**【短期滞在加算及び精神障がい者退院支援施設加算 関係】
短期滞在及び精神障がい者退院支援施設に係る体制**

サービスの種類				
事業所・施設の名称				
事業所・施設の所在地				
設備	定員		人	
	居室数		1人当たりの居室面積	
	個室	室	m ²	
	2人部屋	室	m ²	
	3人部屋	室	m ²	
	4人部屋	室	m ²	
		室	m ²	
その他の設備				
(基準上必要な設備：浴室、洗面設備、トイレ、その他)				
夜間の支援体制	夜間支援を行う職員の配置状況 (いずれか該当する方に○を付けてください。)	夜間の時間帯を通じて、生活支援員を1人以上配置 (短期滞在加算(Ⅰ)又は精神障がい者退院支援施設加算(Ⅰ)が適用されます)		
		夜間の時間帯を通じて、宿直勤務を行う職員を1人以上配置 (短期滞在加算(Ⅱ)又は精神障がい者退院支援施設加算(Ⅱ)が適用されます)		
	連携施設の名称			
	夜間の支援体制の内容			

注1 「居室数」欄は、居室の定員規模ごとに、居室数及び当該居室の1人当たりの床面積を記載し、居室の総定員が定員欄の値と等しくなるように記載してください。

注2 「その他の設備」欄は、居室以外の利用者が利用する設備の内容を具体的に記載してください。

注3 「夜間の支援体制」欄は、夜間における支援の内容、他の社会福祉施設等との連携の状況等を具体的に記載してください。

別紙9付表 削除

別紙10 削除

別紙11

年 月 日

(共同生活援助)夜間支援等体制加算届出書

事業所番号								
事業所名								
事業所の所在地								
連絡先	電話番号					担当者名		
	FAX番号							
夜間支援等体制加算(I)・(II)	1	夜間支援体制の確保が必要な理由						
	2	夜間支援の対象者数及び夜間支援従事者の配置状況	共同生活住居名	夜間支援の対象者数(人)	1人の夜間支援従事者が支援を行う利用者の数(人)			当該住居で想定される夜間支援体制(夜勤・宿直)
					夜間支援従事者①	夜間支援従事者②	夜間支援従事者③	
			合計					
	3	夜間支援従事者を配置している場所	夜間支援従事者①					
			夜間支援従事者②					
			夜間支援従事者③					
	4	配置場所から最も離れた共同生活住居までの移動時間(複数の共同生活住居の夜間支援を行っている場合)	夜間支援従事者①					
			夜間支援従事者②					
			夜間支援従事者③					
	5	配置場所とグループホームとの間の連絡体制(非常通報装置・携帯電話等)(複数の共同生活住居の夜間支援を行っている場合)	夜間支援従事者①					
			夜間支援従事者②					
夜間支援従事者③								
6	夜間支援体制を確保している夜間及び深夜の時間帯							
7	備考							
夜間支援等体制加算(III)	1	住居名						
	2	夜間における防災体制の内容(契約内容等)						
	3	利用者の緊急事態等に対応するための連絡体制・支援体制の確保の具体的方法						
	4	備考						

注1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けるなどして記載してください。

注2 日によって異なる夜間支援体制をとる場合(例えば「平日は夜勤、土日祝日は宿直」など)には、複数枚に書き分けるなど、それぞれの夜間支援体制について記載してください。

注3 夜間支援等体制加算(I)・(II)の2の「夜間支援の対象者数(人)」欄には、当該共同生活住居における前年度の平均利用者数(新設の場合は推定数)を記入してください。また、前年度の平均利用者数の算定に当たって小数点以下の端数が生じる場合は、小数点第1位を四捨五入してください。

注4 夜間支援等体制加算(I)・(II)の3の「夜間支援従事者を配置している場所」欄について、1人の夜間支援従事者が複数の住居で支援を行う場合は、当該従事者の主たる配置場所を記入してください。

注5 夜間支援等体制加算(I)・(II)の6の「夜間支援体制を確保している夜間及び深夜の時間帯」欄について、共同生活住居ごとに時間帯が異なる場合は、共同生活住居ごとに記載してください。

注6 夜間支援等体制加算(III)については、2、3のいずれか、又は両方を記載してください。

注7 夜間支援等体制加算(III)の2については、事業所の人員体制や利用者との連絡体制を含め、具体的に記入してください。

別紙 1 2 削除

別紙13 削除

別紙14その1 削除

別紙14その2 削除

別紙14その3 削除

別紙15 その1

年 月 日

特定事業所加算に係る届出書（居宅介護）

事業所名		異動区分	① 新規 ② 変更 ③ 終了
届出項目	① 特定事業所加算(I) ② 特定事業所加算(II) ③ 特定事業所加算(III) ④ 特定事業所加算(IV)		

〔体制要件〕

- ①ーア 個別の居宅介護従業者に係る研修計画を策定し、当該計画に従い、研修を実施している、又は実施することが予定されている。 有 ・ 無
- ①ーイ 個別のサービス提供責任者に係る研修計画を策定し、当該計画に従い、研修を実施している、又は実施することが予定されている。 有 ・ 無
- ② 居宅介護従業者の技術指導等を目的とした会議を定期的に開催している。 有 ・ 無
- ③ サービス提供責任者と居宅介護従業者との間の情報伝達及び報告体制を整備している。 有 ・ 無
- ④ 居宅介護従業者に対する健康診断の定期的な実施体制を整備している。 有 ・ 無
- ⑤ 緊急時等における対応方法を利用者に明示している。 有 ・ 無
- ⑥ 新規に採用した全ての居宅介護従業者に対し、熟練した居宅介護従業者の同行による研修を実施している。 有 ・ 無

〔人材要件〕

①居宅介護従業者に関する要件について
 下表の(1)については必ず記載すること。(2)・(3)・(4)についてはいずれかを記載することで可。

		常勤換算職員数	サービス提供時間		
(1)	居宅介護従業者の総数	人	時間		
(2)	(1)のうち介護福祉士の総数	人		→ (1)に占める(2)の割合が30%以上	有 ・ 無
(3)	(1)のうち介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者及び1級課程修了者の総数	人		→ (1)に占める(3)の割合が50%以上	有 ・ 無
(4)	前年度又は前3月間におけるサービス提供時間のうち、常勤の居宅介護従業者によるサービス提供の総時間数		時間	→ (1)に占める(4)の割合が40%以上	有 ・ 無

②サービス提供責任者に関する要件について

全てのサービス提供責任者が3年以上の介護等の実務経験を有する介護福祉士又は5年以上の実務経験を有する実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者若しくは1級課程修了者である

月延べサービス提供時間	時間	居宅介護従業者の数	人
		職員数	常勤換算職員数
サービス提供責任者	常勤	人	
	非常勤	人	人

〔重度障がい者対応要件〕

- ① 前年度又は前3月の期間における利用者（障がい児を除く。）の総数のうち、障がい支援区分5以上である者及びたんの吸引等が必要な者が占める割合が30%以上 有 ・ 無
- ② 前年度又は前3月の期間における利用者（障がい児を除く。）の総数のうち、障がい支援区分4以上である者及びたんの吸引等が必要な者が占める割合が50%以上 有 ・ 無

備考1 「異動区分」、「届出項目」欄については、該当する番号に○を付してください。

2 ここでいう常勤とは、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準について（平成18年12月6日厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）」第二の2の（3）に定義する「常勤」をいう。

3 それぞれの要件について根拠となる（要件を満たすことが分かる）書類も提出してください。

別紙15 その2

年 月 日

特定事業所加算に係る届出書（重度訪問介護）

事業所名		異動区分	① 新規 ② 変更 ③ 終了
届出項目	① 特定事業所加算(I)	② 特定事業所加算(II)	③ 特定事業所加算(III)

〔体制要件〕

- ① 個別の重度訪問介護従業者に係る研修計画を策定し、当該計画に従い、研修を実施している、又は実施することが予定されている。 有 ・ 無
- ② 重度訪問介護従業者の技術指導等を目的とした会議を定期的開催している。又は、サービス提供責任者が重度訪問介護従業者に対して、個別に技術指導等を目的とした研修を必要に応じて行っている。 有 ・ 無
- ③ サービス提供責任者が重度訪問介護従業者に対して、毎月定期的に利用者に関する情報やサービス提供に当たっての留意事項を伝達している。（変更があった場合を含む。） 有 ・ 無
- ④ 重度訪問介護従業者に対する健康診断の定期的な実施体制を整備している。 有 ・ 無
- ⑤ 緊急時等における対応方法を利用者に明示している。 有 ・ 無
- ⑥ 新規に採用した全ての重度訪問介護従業者に対し、熟練した重度訪問介護従業者の同行による研修を実施している。 有 ・ 無
- ⑦ 重度訪問介護従業者の24時間派遣が可能となっており、現に深夜帯も含めてサービス提供している。 有 ・ 無

〔人材要件〕

① 重度訪問介護従業者に関する要件について
 下表の(1)については必ず記載すること。(2)・(3)・(4)についてはいずれかを記載することで可。

	常勤換算職員数	サービス提供時間	
(1) 重度訪問介護従業者の総数	人	時間	
(2) (1)のうち介護福祉士の総数	人		→ (1)に占める(2)の割合が30%以上 有 ・ 無
(3) (1)のうち介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者及び1級課程修了者の総数	人		→ (1)に占める(3)の割合が60%以上 有 ・ 無
(4) 前年度又は前3月の期間におけるサービス提供時間のうち、常勤の重度訪問介護従業者によるサービス提供の総時間数		時間	→ (1)に占める(4)の割合が40%以上 有 ・ 無

② サービス提供責任者に関する要件について
 全てのサービス提供責任者が3年以上の介護等の実務経験を有する介護福祉士若しくは5年以上の実務経験を有する実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者若しくは1級課程修了者又は6,000時間以上の重度訪問介護の実務経験を有する者である 有 ・ 無

月延べサービス提供時間	時間	重度訪問介護従業者の数	人
サービス提供責任者	職員数		常勤換算職員数
	(1) 総数	人	人
	(2) 常勤	人	
(3) 非常勤	人	人	

〔重度障がい者対応要件〕

前年度又は前3月の期間における利用者（障がい児を除く）の総数のうち、障がい支援区分5以上である者及びたんの吸引等が必要な者が占める割合が50%以上 有 ・ 無

- 備考1 「異動区分」、「届出項目」欄については、該当する番号に○を付してください。
 2 ここでいう常勤とは、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準について（平成18年12月6日厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）」第二の2の(3)に定義する「常勤」をいう。
 3 それぞれの要件について根拠となる（要件を満たすことが分かる）書類も提出してください。

別紙15 その3

年 月 日

特定事業所加算に係る届出書（行動援護）

事業所名	異動区分	① 新規	② 変更	③ 終了
届出項目	① 特定事業所加算（Ⅰ）	② 特定事業所加算（Ⅱ）	③ 特定事業所加算（Ⅲ）	④ 特定事業所加算（Ⅳ）

〔体制要件〕

- ①-ア 個別の行動援護従業者に係る研修計画を策定し、当該計画に従い、研修を実施している、又は実施することが予定されている。 有 ・ 無
- ①-イ 個別のサービス提供責任者に係る研修計画を策定し、当該計画に従い、研修を実施している、又は実施することが予定されている。 有 ・ 無
- ② 行動援護従業者の技術指導等を目的とした会議を定期的に行っている。 有 ・ 無
- ③ サービス提供責任者と行動援護従業者との間の情報伝達及び報告体制を整備している。 有 ・ 無
- ④ 行動援護従業者に対する健康診断の定期的な実施体制を整備している。 有 ・ 無
- ⑤ 緊急時等における対応方法を利用者に明示している。 有 ・ 無
- ⑥ 新規に採用した全ての行動援護介護従業者に対し、熟練した行動援護従業者の同行による研修を実施している。 有 ・ 無

〔人材要件〕

①行動援護従業者に関する要件について
 下表の(1)については必ず記載すること。(2)・(3)・(4)についてはいずれかを記載することで可。

		常勤換算職員数	サービス提供時間		
(1)	行動援護従業者の総数	人	時間		
(2)	(1)のうち介護福祉士の総数	人		→ (1)に占める(2)の割合が30%以上	有 ・ 無
(3)	(1)のうち介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者及び1級課程修了者の総数	人		→ (1)に占める(3)の割合が50%以上	有 ・ 無
(4)	前年度又は前3月の期間におけるサービス提供時間のうち、常勤の行動援護従業者によるサービス提供の総時間数		時間	→ (1)に占める(4)の割合が40%以上	有 ・ 無

- ②サービス提供責任者に関する要件について
 全てのサービス提供責任者が3年以上の介護等の実務経験を有する介護福祉士又は5年以上の実務経験を有する実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者若しくは1級課程修了者である 有 ・ 無

月延べサービス提供時間	時間	行動援護従業者の数	人
		職員数	常勤換算職員数
サービス提供責任者	常勤	人	
	非常勤	人	人

〔重度障がい者対応要件〕

- ① 前年度又は前3月の期間における利用者（障がい児を除く。）の総数のうち、障がい支援区分5以上である者及びたんの吸引等が必要な者が占める割合が30%以上 有 ・ 無
- ② 前年度又は前3月の期間における利用者（障がい児を除く。）の総数のうち、障がい支援区分4以上である者及びたんの吸引等が必要な者が占める割合が50%以上 有 ・ 無

備考1 「異動区分」、「届出項目」欄については、該当する番号に○を付けてください。

- 2 ここでいう常勤とは、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準について（平成18年12月6日厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）」第二の2の（3）に定義する「常勤」をいう。
- 3 それぞれの要件について根拠となる（要件を満たすことが分かる）書類も提出してください。

別紙15 その4

年 月 日

特定事業所加算に係る届出書（同行援護）

事業所名	異動区分	① 新規	② 変更	③ 終了
届出項目	① 特定事業所加算(I) ② 特定事業所加算(II) ③ 特定事業所加算(III) ④ 特定事業所加算(IV)			

〔体制要件〕

- ①ーア 個別の同行援護従業者に係る研修計画を策定し、当該計画に従い、研修を実施している、又は実施することが予定されている。 有 ・ 無
- ①ーイ 個別のサービス提供責任者に係る研修計画を策定し、当該計画に従い、研修を実施している、又は実施することが予定されている。 有 ・ 無
- ② 同行援護従業者の技術指導等を目的とした会議を定期的に行っている。 有 ・ 無
- ③ サービス提供責任者と同行援護従業者との間の情報伝達及び報告体制を整備している。 有 ・ 無
- ④ 同行援護従業者に対する健康診断の定期的な実施体制を整備している。 有 ・ 無
- ⑤ 緊急時等における対応方法を利用者に明示している。 有 ・ 無
- ⑥ 新規に採用した全ての同行援護介護従業者に対し、熟練した同行援護従業者の同行による研修を実施している。 有 ・ 無

〔人材要件〕

①同行援護従業者に関する要件について
 下表の(1)については必ず記載すること。(2)・(3)・(4)についてはいずれかを記載することで可。

		常勤換算職員数	サービス提供時間	
(1)	同行援護従業者の総数	人	時間	
(2)	(1)のうち介護福祉士の総数	人		→(1)に占める(2)の割合が30%以上 有 ・ 無
(3)	(1)のうち介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者及び1級課程修了者の総数	人		→(1)に占める(3)の割合が50%以上 有 ・ 無
(4)	前年度又は前3月の期間におけるサービス提供時間のうち、常勤の同行援護従業者によるサービス提供の総時間数		時間	→(1)に占める(4)の割合が40%以上 有 ・ 無

②サービス提供責任者に関する要件について

全てのサービス提供責任者が3年以上の介護等の実務経験を有する介護福祉士、国立障害者リハビリテーションセンター学院視覚障害学科修了者等又は5年以上の実務経験を有する実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者若しくは1級課程修了者である。 有 ・ 無

月延べサービス提供時間	時間	同行援護従業者の数	人
		職員数	常勤換算職員数
サービス提供責任者	常勤	人	
	非常勤	人	人

〔重度障がい者対応要件〕

- ① 前年度又は前3月の期間における利用者（障がい児を除く。）の総数のうち、障がい支援区分5以上である者及びたんの吸引等が必要な者が占める割合が30%以上 有 ・ 無
- ② 前年度又は前3月の期間における利用者（障がい児を除く。）の総数のうち、障がい支援区分4以上である者及びたんの吸引等が必要な者が占める割合が50%以上 有 ・ 無

備考1 「異動区分」、「届出項目」欄については、該当する番号に○を付してください。

- 2 ここでいう常勤とは、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準について（平成18年12月6日厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）」第二の2の（3）に定義する「常勤」をいう。
- 3 それぞれの要件について根拠となる（要件を満たすことが分かる）書類も提出してください。

別紙16

年 月 日

人員配置体制加算に関する届出書

事業所・施設の名称									
1 異動区分	1 新規	2 変更	3 終了						
2 申請する加算区分	人員配置体制加算(I ・ II ・ III)								
3 利用者数	<table border="1"> <tr> <td>前年度の利用者数の 平均値</td> <td>人</td> </tr> </table>			前年度の利用者数の 平均値	人				
前年度の利用者数の 平均値	人								
4 人員配置の状況	<table border="1"> <tr> <td>常勤</td> <td>非常勤</td> <td>合計</td> </tr> <tr> <td>人</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> </table>			常勤	非常勤	合計	人	人	人
常勤	非常勤	合計							
人	人	人							
5 人員体制	常勤換算で(1.7:1 ・ 2:1 ・ 2.5:1)以上								

- 備考1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。
- 2 「申請する加算区分」欄は、該当する番号（I～III）に○を付してください。
- 3 「利用者数」欄は、共生型障がい福祉サービス事業所の場合においては、障がい児者及び要介護者の合計数を記載してください。
- 4 「人員配置の状況」欄の非常勤には常勤換算方法による職員数を記載してください。
- 5 「人員体制」欄は、該当する人員体制に○を付してください。
- 6 ここでいう常勤とは、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準について（平成18年12月6日厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）」第二の2の（3）に定義する「常勤」をいう。

別紙16-2

年 月 日

人員配置体制加算に関する届出書

事業所の名称									
1 異動区分	1 新規	2 変更	3 終了						
2 申請する加算区分	人員配置体制加算(I ・ II)								
3 利用者数	<table border="1"> <tr> <td>前年度の利用者数の 平均値</td> <td>人</td> </tr> </table>			前年度の利用者数の 平均値	人				
前年度の利用者数の 平均値	人								
4 人員配置の状況	<table border="1"> <tr> <td>常勤</td> <td>非常勤</td> <td>合計</td> </tr> <tr> <td>人</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> </table>			常勤	非常勤	合計	人	人	人
常勤	非常勤	合計							
人	人	人							
5 人員体制	常勤換算で(1.7:1 ・ 2.5:1)以上								

- 備考1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。
- 2 「申請する加算区分」欄は、該当する番号（I～II）に○を付してください。
- 3 「人員配置の状況」欄の非常勤には常勤換算方法による職員数を記載してください。
- 4 「人員体制」欄には、該当する人員体制に○を付してください。
- 5 ここでいう常勤とは、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準について（平成18年12月6日厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）」第二の2の（3）に定義する「常勤」をいう。
- 6 人員配置体制加算を算定できる事業所は、平成24年3月31日において現に存する重症心身障がい児施設又は指定医療機関が指定療養介護事業所に転換する場合であって、経過的療養介護サービス費（I）又は療養介護サービス費（II）を算定している事業所のうち、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たしているものです。

別紙17

年 月 日

福祉専門職員配置等加算に関する届出書

1 事業所・施設の名称			
2 異動区分	1 新規	2 変更	3 終了
3 届出項目	1 福祉専門職員配置等加算(Ⅰ)	※有資格者35%以上	
	2 福祉専門職員配置等加算(Ⅱ)	※有資格者25%以上	
	3 福祉専門職員配置等加算(Ⅲ)	※常勤職員が75%以上又は勤続3年以上の常勤職員が30%以上	

4 社会福祉士等の状況	①	生活支援員等の総数 (常勤)	人	→ ①に占める②の割合が 25%又は35%以上	有・無
	②	①のうち社会福祉士等の 総数(常勤)	人		
5 常勤職員の状況	①	生活支援員等の総数 (常勤換算)	人	→ ①に占める②の割合が 75%以上	有・無
	②	①のうち常勤の者の数	人		
6 勤続年数の状況	①	生活支援員等の総数 (常勤)	人	→ ①に占める②の割合が 30%以上	有・無
	②	①のうち勤続年数3年以上の 者の数	人		

備考1 「異動区分」、「届出項目」欄については、該当する番号に○を付してください。

2 ここでいう常勤とは、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準について(平成18年12月6日厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)」第二の2の(3)に定義する「常勤」をいう。

3 ここでいう生活支援員等とは、

- 療養介護にあつては、生活支援員
- 生活介護にあつては、生活支援員又は共生型生活介護従事者
- 自立訓練(機能訓練)にあつては、生活支援員又は共生型自立訓練(機能訓練)従事者
- 自立訓練(生活訓練)にあつては、生活支援員又は地域移行支援員
- 就労移行支援にあつては、職業指導員、生活支援員又は就労支援員
- 就労継続支援A型・B型にあつては、職業指導員又は生活支援員
- 自立生活援助にあつては、地域生活支援員
- 共同生活援助にあつては、世話人又は生活支援員(外部サービス利用型にあつては世話人)
- 児童発達支援にあつては、加算(Ⅰ)(Ⅱ)においては児童指導員、障がい福祉サービス経験者又は共生型児童発達支援従事者、加算(Ⅲ)においては児童指導員、保育士若しくは障がい福祉サービス経験者又は共生型児童発達支援従事者
- 医療型児童発達支援にあつては、加算(Ⅰ)(Ⅱ)においては児童指導員又は指定発達支援医療機関の職員、加算(Ⅲ)においては児童指導員、保育士又は指定発達支援医療機関の職員
- 放課後等デイサービスにあつては、(Ⅰ)(Ⅱ)においては児童指導員、障がい福祉サービス経験者又は共生型放課後等デイサービス従事者、加算(Ⅲ)においては児童指導員、保育士若しくは障がい福祉サービス経験者又は共生型放課後等デイサービス従事者のことをいう。

別紙17-2

年 月 日

福祉専門職員配置等加算に関する届出書
(共生型短期入所)

1 事業所・施設の名称	
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了
3 届出項目	1 福祉専門職員配置等加算(I) ※有資格者35%以上 2 福祉専門職員配置等加算(II) ※有資格者25%以上

4 社会福祉士等の状況	<table border="1"> <tr> <td>① 従業者の総数</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>② ①のうち社会福祉士等の総数</td> <td>人</td> </tr> </table>	① 従業者の総数	人	② ①のうち社会福祉士等の総数	人	有・無 → ①に占める②の割合が25%又は35%以上
	① 従業者の総数	人				
② ①のうち社会福祉士等の総数	人					
5 地域に貢献する活動の内容	有・無					

- 備考1 「異動区分」、「届出項目」欄については、該当する番号に○を付してください。
- 2 ここでいう従業者とは、共生型短期入所の指定を受ける介護保険制度における指定短期入所事業所、指定介護予防入所生活介護事業所、指定小規模多機能型居宅介護事業所等の従業者をいう。
- 3 ここでいう地域に貢献する活動とは、「地域の交流の場（開放スペースや交流会等）の提供」、「認知症カフェ・食堂等の設置」、「地域住民が参加できるイベントやお祭り等の開催」、「地域のボランティアの受入れや活動（保育所等における清掃活動等）の実施」、「協議会等を設けて地域住民が事業所の運営への参加」、「地域住民への健康相談教室・研修会」などをいう。

別紙18

年 月 日

栄養士配置加算及び栄養マネジメント加算に関する届出書

事業所・施設の名称																			
1 異動区分	① 新規	② 変更	③ 終了																
2 栄養士配置の状況	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;"></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">常勤</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">非常勤</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;">管 理 栄 養 士</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">人</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">人</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;">栄 養 士</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">人</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">人</td> </tr> </table>				常勤	非常勤	管 理 栄 養 士	人	人	栄 養 士	人	人							
	常勤	非常勤																	
管 理 栄 養 士	人	人																	
栄 養 士	人	人																	
3 栄養マネジメントの状況	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;">常 勤 の 管 理 栄 養 士</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">人</td> </tr> </table> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">栄養マネジメントに関わる者</p> <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="padding: 5px;">職種</th> <th style="padding: 5px;">氏名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;">医師</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;">管理栄養士</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;">看護師</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"></td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"></td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"></td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> </tbody> </table>			常 勤 の 管 理 栄 養 士	人	職種	氏名	医師		管理栄養士		看護師							
常 勤 の 管 理 栄 養 士	人																		
職種	氏名																		
医師																			
管理栄養士																			
看護師																			

備考1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

2 「栄養マネジメントに関わる者」には、共同で栄養ケア計画を作成している者の職種及び氏名を記入してください。

別紙19

年 月 日

夜勤職員配置体制加算に関する届出書

事業所・施設の名称	
1 異動区分	① 新規 ② 変更 ③ 終了
2 申請する定員区分	1 定員21人以上40人以下
	2 定員41人以上60人以下
	3 定員61人以上
3 夜勤職員配置の状況	人

備考1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

2 「申請する定員区分」欄については、該当する番号(1~3)に○を付してください。

3 「夜勤職員配置の状況」欄については、施設入所支援を提供する時間に配置している職員の数を記載してください。

別紙20

年 月 日

夜間看護体制加算に関する届出書

事業所・施設の名称			
1 異動区分	① 新規	② 変更	③ 終了
2 看護職員の配置状況	看護職員の総数	うち夜勤体制	施設入所支援の時間帯をとおした体制を記載 (延べ人数ではない)
	人	人体制	

備考1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

2 「看護職員の配置状況」欄については、当該施設における看護職員総数（実数）と施設入所支援を提供する時間における看護体制を記載してください。

3 看護職員の総数については、常勤換算の人数を記載してください。

別紙21

年 月 日

地域移行支援体制強化加算及び通勤者生活支援加算に係る体制
(宿泊型自立訓練)

事業所番号			
事業所の名称			
事業所の所在地			
異動区分		1 新規	2 変更
		3 終了	
連絡先	電話番号	担当者名	
	FAX番号		
前年度の平均利用者数(人)			
地域移行支援に係る体制	従業者の職種・員数		地域移行支援員
	従業者数	常勤(人)	
		非常勤(人)	
	常勤換算後の人数(人)		
加算算定上の必要人数(人)			
通勤者生活支援に係る体制	前年度の平均利用者数のうち50%(人)		
	氏名		雇用されている事業所名
	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 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。
 注2 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄には推定数を記入してください。
 注3 「加算算定上の必要人数」欄には、記入しないでください。
 注4 「通勤者生活支援に係る体制」欄には、通常の事業所に雇用されている者を記入してください。

別紙22 削除

別紙23

実務経験及び研修証明書

番 号

様

年 月 日

施設又は事業所の所在地及び名称

代表者氏名

印

電話番号

下記の者の就労支援の実務経験又は研修は以下のとおりであることを証明します。

氏名	(生年月日 年 月 日)
現住所	
実務経験の施設又は事業所名	施設・事業所の種別 ()
実務経験期間	年 月 日～ 年 月 日(年 月間)
業務内容	職名 ()
研修名	研修実施主体名
研修修了年月日	年 月 日

- (注) 1. 「実務経験の施設又は事業所名」欄には、施設又は事業所の種別も記入すること。
2. 「実務経験期間」欄は、証明を受ける者が障がい者に対する直接的な援助を行っていた期間を記入すること。(産休・育休・療養休暇や長期研修期間等は業務期間となりません。)
3. 「業務内容」欄は、本来業務について、施設における就労支援に関する業務を具体的に記入すること。
4. 研修修了証(又は研修を修了したことを証明できる書類)を添付すること。
5. 証明内容を訂正した場合は、証明権者の職印を押印すること。なお、修正液による訂正は認められません。
6. 就労支援関係研修修了加算を算定する場合に作成し、知事に届け出ること。

別紙24

年 月 日

目標工賃達成指導員対象施設の配置状況

当該施設・事業所の前年度の利用者数の平均値……(A)	
職業指導員及び生活支援員の数[(A)÷7.5]……(B)	
職業指導員及び生活支援員に目標工賃達成指導員を加えた数[(A)÷6]……(C)	

職業指導員及び生活支援員の氏名		常勤換算後の人数	
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
合計	(B) ≤		①

目標工賃達成指導員の氏名		常勤換算後の人数	
1			
2			
3			
4			
5			
合計	常勤換算1.0 ≤		②

職業指導員及び生活支援員に目標工賃達成指導員を加えた常勤換算後の人数	(C) ≤		①+②
------------------------------------	-------	--	-----

注1:(A)は前年度の利用者数の延数を当該前年度の開所日数で除して得た数とする(少数点第2位以下切り上げ)。1年未満の実績しかない場合は、便宜上定員の90%を利用者数とする。

注2:(B)は前年度の利用者数の平均値を7.5で除して得た数とする。(C)は前年度の利用者数の平均値を6で除して得た数とする。

注3:目標工賃達成指導員加算を算定する場合に作成し、知事に届け出ること。

別紙25 削除

別紙26

年 月 日

延長支援加算体制届出書

施設種別	
施設名	
定員	
運営規定上の営業時間	

	氏名	年齢	利用時間	備考
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

※ 運営規程の営業時間を超えて支援を行うものとして、加算を算定する場合に届け出ること。

※ 延長支援加算を算定する障がい者に係る生活介護計画書を添付すること。

別紙27

年 月 日

送迎加算に関する届出書

事業所・施設の名称	
1 異動区分	① 新規 ② 変更 ③ 終了
2 送迎の状況① (全サービス)	1 当該事業所において行われる通所サービス等の利用につき、利用者の送迎を行っている。
3 送迎の状況② (短期入所、重度障がい等包括支援以外)	1 1回の送迎につき、平均10人以上(ただし、利用定員が20人未満の事業所にあつては、1回の送迎につき、平均的に定員の100分の50以上)が利用している。
	2 週3回以上の送迎を実施している。
4 送迎の状況③ (生活介護のみ)	1 送迎を利用する者のうち、区分5若しくは区分6に該当する者又はこれに準ずる者が100分の60以上。
	2 1には該当しない。

備考 1. 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。
 2. 「送迎の状況②」欄については、両方に該当する場合は両方に○を付してください。

別紙28 削除

別紙29

年 月 日

通勤者生活支援加算に係る体制(共同生活援助)

事業所番号			
事業所の名称			
事業所の所在地			
異動区分		1 新規	2 変更
		3 終了	
連絡先	電話番号	担当者名	
	FAX番号		
前年度の平均利用者数(人)			
通勤者生活支援に係る体制	前年度の平均利用者数のうち50%(人)		
		氏名	雇用されている事業所名
	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 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。
 注2 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄には推定数を記入してください。
 注3 「通勤者生活支援に係る体制」欄には、通常の事業所に雇用されている者を記入してください。

別紙30

年 月 日

看護職員配置加算に係る届出書

事業所番号				
事業所の名称				
事業所の所在地				
異動区分		1 新規	2 変更	3 終了
連絡先	電話番号			担当者名
	FAX番号			
看護職員の配置状況		保健師	常勤換算	人
		看護師	常勤換算	人
		准看護師	常勤換算	人

注1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

注2 看護職員の資格を証する書類の写しを添付してください。

別紙30-2

年 月 日

看護職員配置加算に係る届出書(共同生活援助)

事業所番号					
事業所の名称					
事業所の所在地					
異動区分		1 新規	2 変更	3 終了	
連絡先	電話番号			担当者名	
	FAX番号				
看護職員の配置状況			常勤	非常勤	合計
	実人員		人	人	人
	常勤換算方法による員数		人	人	Ⓐ 人
利用者の数	前年度の利用者の平均				人
看護職員の必要数	利用者の数を20で除した数 Ⓐ \geq Ⓑ であること	Ⓑ			人

注1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

注2 看護職員の資格を証する書類の写しを添付してください。

別紙31

年 月 日

施設外支援実施状況（移行準備支援体制加算（I）に係る届出書）

当該施設の前年度の利用定員		(A)	
うち施設外支援実施利用者		(B)	
施設外支援実施率 ((B)/(A))		(C)	
氏名		職場実習等	求職活動等
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

注1. 本表は前年度に施設外支援を実施した利用者を記載すること。

注2. 移行準備支援体制加算（I）を算定する場合に作成し、知事に届け出ること。

別紙33

年 月 日

医療連携体制加算(V)に関する届出書

事業所番号		
事業所の名称		
事業所所在地		
異動区分	1 新規	2 変更
		3 終了
看護師の配置状況(事業所の職員として看護師を確保している場合)	1	配置する看護師の数(人)
	2	他事業所との併任
訪問看護ステーション等との提携状況(訪問看護ステーション等との連携により看護師を確保している場合)	1	訪問看護ステーション等の名称
	2	訪問看護ステーション等の所在地
看護師の勤務状況		
その他の体制の整備状況	1	看護師に24時間常時連絡できる体制を整備している。
	2	重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、入居者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得る体制を整備している。

注1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

注2 「看護師の勤務状況」欄は、本届出を行う事業所における看護師の勤務状況を記載してください(例1:毎週金曜日、10:00~12:00 例2:月3回、1回当たり1時間)。

注3 事業所の職員として看護師を確保している場合については、看護師であることを証明する資格証等の写しを添付してください。

注4 病院・診療所・訪問看護ステーション等との連携により看護師を確保している場合については、病院・診療所・訪問看護ステーション等との契約書等の写しを添付してください。

注5 重度化した場合における対応に関する指針を添付してください。

別紙34

年 月 日

重度障がい者支援加算に関する届出書(短期入所)

事業所・施設の名称	
1 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了
2 配置状況 (基礎研修修了者名)	

備考1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付すこと。

2 強度行動障がい支援者養成研修(基礎研修)修了者については、修了証の写しを別途添付すること。

3 重度訪問介護従業者養成研修行動障がい課程修了者又は行動援護従業者養成研修修了者を配置した場合、基礎研修修了者配置と同等の扱いとする。

別紙35

年 月 日

重度障がい者支援加算に関する届出書(生活介護)

事業所・施設の名称	
1 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了
2 配置状況	1 強度行動障がい支援者養成研修(実践研修)修了者 配置 (行動援護従業者養成研修修了者を配置した場合を含む。) 2 強度行動障がい支援者養成研修(基礎研修)修了者 配置 (重度訪問介護従業者養成研修行動障がい支援課程修了者又は行動援護従業者養成研修修了者を配置した場合を含む。)
3 配置人数	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 25px; margin: 0 auto; text-align: center;">人</div> <p>※ 指定基準上の人員と人員配置体制加算により配置される人員に加え、基礎研修修了者を配置する必要があることに留意すること。</p>

- 備考1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。
 2 「配置人数」欄には常勤換算方法による研修修了者数を記載してください。
 3 実践研修・基礎研修共に、研修修了者については修了証の写しを添付してください。

別紙36

年 月 日

個別計画訓練支援加算に係る届出書

事業所・施設の名称		
1 異動区分	① 新規 ② 変更 ③ 終了	
2 有資格者の配置等	(1) 社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師である従業者が配置されていること。	有・無
	(2) (1)の従業者により、利用者の障がい特性や生活環境に応じて、「応用日常生活動作」、「認知機能」、「行動上の障がい」に係る個別訓練実施計画を作成していること。	有・無
3 個別訓練実施計画の運用	(1) 個別訓練実施計画に基づく支援が行われ、その内容や利用者の状態を定期的に記録していること。	有・無
	(2) 個別訓練実施計画の進捗状況を毎月ごとに評価し、必要に応じて当該計画の見直しを行っていること。	有・無
4 情報の共有・伝達	(1) 指定障がい者支援施設等に入所する利用者については、訓練に係る日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を、当該指定障がい者支援施設等の従業者間で共有していること。	有・無
	(2) (1)以外の利用者については、必要に応じて、指定特定相談支援事業者を通じて、他の指定障がい福祉サービス事業所等に訓練に係る日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達していること。	

注1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

2 該当する資格を証する書類の写しを添付してください。

3 算定要件として満たすべき基準について、それぞれ該当するかどうか○を付してください。

別紙37

年 月 日 提出

就労移行支援に係る基本報酬の算定区分に関する届出書

施設・事業所名			
定員区分	1	21人以上40人以下	就労定着率区分
	2	41人以上60人以下	
	3	61人以上80人以下	
	4	81人以上	
	5	20人以下	
		2	就職後6月以上定着率が4割以上5割未満
		3	就職後6月以上定着率が3割以上4割未満
		4	就職後6月以上定着率が2割以上3割未満
		5	就職後6月以上定着率が1割以上2割未満
		6	就職後6月以上定着率が0割超1割未満
		7	就職後6月以上定着率が0
		8	なし(経過措置対象)
前年度の就職後6月以上定着者の状況	就職後6月以上定着者数		
	4月		人
	5月		人
	6月		人
	7月		人
	8月		人
	9月		人
	10月		人
	11月		人
	12月		人
	1月		人
	2月		人
	3月		人
	合計		人
		÷	前年度利用定員
			人
		=	就労定着率
			%

注1 就職後6月以上定着者とは、就労移行支援等を受けた後、就労し、就労を継続している期間が6月に達した者（就労定着者という。）をいい、前年度の実績を記載すること（就労とは企業等に就労した者で就労継続支援A型事業所への移行は除くこと。）。

注2 平成29年10月1日に就職した者は、平成30年3月31日に6月に達した者となることから、平成29年度の実績に含まれることとなる。

注3 就労定着率区分「なし（経過措置対象）」は、指定を受けてから2年間を経過していない事業所が選択する。

注4 就労定着者の状況は、別添「就労定着者の状況（就労移行支援に係る基本報酬の算定区分に関する届出書）」を提出すること。

別添

年 月 日

就労定着者の状況
 (就労移行支援に係る基本報酬の算定区分に関する届出書)

前年度における 就労定着者の数	
--------------------	--

	氏名	就職日	就職先事業所名	前年度において 6月に達した日	届出時点の継続状況
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 届出時点の継続状況には、就労が継続している場合には「継続」、離職している場合には「離職」と記入。

注2 行が足りない場合は適宜追加して記入。

別紙38

年 月 日

就労継続支援A型に係る基本報酬の算定区分に関する届出書

事業所名				
人員配置区分		1. I型(7.5:1)	2. II型(10:1)	
定員区分	1	21人以上40人以下	平均労働時間区分	
	2	41人以上60人以下		
	3	61人以上80人以下		
	4	81人以上		
	5	20人以下		
前年度の労働時間・利用者の状況	延べ労働時間数		延べ利用者数 (雇用契約者数)	
	4月	時間	人	人
	5月	時間	人	人
	6月	時間	人	人
	7月	時間	人	人
	8月	時間	人	人
	9月	時間	人	人
	10月	時間	人	人
	11月	時間	人	人
	12月	時間	人	人
	1月	時間	人	人
	2月	時間	人	人
	3月	時間	人	人
	合計	時間	人	人

1日の平均労働時間数
(延べ労働時間数÷延べ利用者数)

	時間
--	----

- 注1 延べ労働時間数は、実際に利用者が労働した時間数をそれぞれの月で算出し総計するものである。休憩時間、遅刻、早退、欠勤、健康面や生活面の助言・指導といった面談に要した時間等により実際に労働していない時間であって賃金の支払いが生じない時間は労働時間数に含めない。年次有給休暇を取得した場合（時間単位で取得した場合も含む。）や健康面や生活面の助言・指導といった面談に要した時間等であっても労働時間として賃金を支払っている場合は労働時間に含めるものとする。
- 注2 延べ利用者数は、雇用契約を締結している者であって実際に賃金を支払った人数をそれぞれの月ごとに算出すること。
- 注3 利用開始時には予見できない事由により短時間労働（1日の労働時間が4時間未満）となった場合は、90日を限度として、延べ労働時間数・延べ利用者数から除外することができる。
- 注4 平均労働時間区分「なし（経過措置対象）」は、指定を受けてから1年間を経過していない事業所が選択する。

別紙39

年 月 日

賃金向上達成指導員配置加算に関する届出書

1 事業所名		
2 異動区分	1 新規 2 継続 3 変更 4 終了	
3 人員配置	当該事業所に配置すべき従業者(最低基準)に加えて、常勤換算方法で1以上の配置があること。	有・無
4 計画作成状況	賃金向上計画を作成していること。	有・無
5 キャリアアップの措置	利用者の就業規則に将来の職務上の地位や賃金の改善を図るため、昇格、昇進、昇給といった仕組みが記載されていること。	有・無

注1 賃金向上計画は経営改善計画書を作成している場合は省略することも可能とする。
ただし、計画の内容が現実的に達成する可能性があるのかどうかしっかりと確認すること。

注2 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付すこと。

別紙40

年 月 日

就労継続支援B型に係る基本報酬の算定区分に関する届出書

事業所名					
人員配置区分		1. I型(7.5:1)	2. II型(10:1)		
定員区分	1	21人以上40人以下	平均工賃月額区分	1	平均工賃月額が4万5千円以上
	2	41人以上60人以下		2	平均工賃月額が3万円以上4万5千円未満
	3	61人以上80人以下		3	平均工賃月額が2万5千円以上3万円未満
	4	81人以上		4	平均工賃月額が2万円以上2万5千円未満
	5	20人以下		5	平均工賃月額が1万円以上2万円未満
				6	平均工賃月額が5千円以上1万円未満
				7	平均工賃月額が5千円未満
				8	なし(経過措置対象)
前年度の工賃支払対象者数・支払工賃額の状況	工賃支払い対象者数		支払工賃総額		
	4月	人	円		
	5月	人	円		
	6月	人	円		
	7月	人	円		
	8月	人	円		
	9月	人	円		
	10月	人	円		
	11月	人	円		
	12月	人	円		
	1月	人	円		
	2月	人	円		
	3月	人	円		
	合計	人	円		

平均工賃月額①	
<small>(工賃総額÷工賃支払対象者の総数)</small>	
	円

重度障がい者支援体制加算 (I)を算定している場合 (①+2000円)	
	円

注1 就労継続支援B型以外の支給決定を受けて複数の日中活動に係る障がい福祉サービスを利用している者については、工賃支払い対象者数から除外するとともに、当該利用者に支払った工賃を除外する。
 注2 重度者支援体制加算 (I) を算定している場合は、平均工賃月額に2千円を加える。
 注3 平均工賃月額区分「なし(経過措置対象)」は、指定を受けてから1年間を経過していない事業所が選択する。

別紙4 1

年 月 日

就労定着支援に係る基本報酬の算定区分に関する届出書

事業所名											
利用者数区分	1 20人以下 2 21人以上40人以下 3 41人以上	就労定着率区分	1 就労定着率が9割以上 2 就労定着率が8割以上9割未満 3 就労定着率が7割以上8割未満 4 就労定着率が5割以上7割未満 5 就労定着率が3割以上5割未満 6 就労定着率が1割以上3割未満 7 就労定着率が1割未満								
就労定着率区分の状況	① 過去3年間における就労定着支援の総利用者数		② ①のうち前年度末時点の就労継続者数								
	人		人								
	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">就労定着率 (②÷①)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">%</td> </tr> </table>			就労定着率 (②÷①)	%						
就労定着率 (②÷①)											
%											
新規指定の場合(※起算日は指定を受ける前月末日)											
過去1年間就職者数		人	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">指定を受ける前月末日の 就労継続者数(④)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">人</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">就労定着率 (④÷③)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">%</td> <td></td> </tr> </table>	指定を受ける前月末日の 就労継続者数(④)		人		就労定着率 (④÷③)		%	
指定を受ける前月末日の 就労継続者数(④)											
人											
就労定着率 (④÷③)											
%											
過去2年間就職者数		人									
過去3年間就職者数		人									
合計(③)		人									

注 就労継続者の状況は、別添1「就労継続者の状況(就労定着支援に係る基本報酬の算定区分に関する届出書)」又は別添2「就労継続者の状況(就労定着支援に係る基本報酬の算定区分に関する届出書)(新規指定の場合)」を提出すること。

別添 1

年 月 日

就労継続者の状況
(就労定着支援に係る基本報酬の算定区分に関する届出書)

前年度末における 就労継続者数	
--------------------	--

【過去3年間における就労定着支援の利用者数】

	氏名	就職日	就職先事業所名	就労定着支援の 利用開始日	前年度末時点の 継続状況
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 「前年度末時点の継続状況」欄には、就労が継続している場合には「継続」、離職している場合には「離職」と記入。
 注2 行が足りない場合は適宜追加して記入。

別添 2

年 月 日

就労継続者の状況
(就労定着支援に係る基本報酬の算定区分に関する届出書)
(新規指定の場合)

指定を受ける 前月末日の 就労継続者数	
---------------------------	--

【過去3年間における一般就労への移行者数】

	氏名	就職日	就職先事業所名	指定を受ける 前月末日の継続状況
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 「指定を受ける前月末日時点の継続状況」欄には、就労が継続している場合には「継続」、離職している場合には「離職」と記入。

注2 行が足りない場合は適宜追加して記入。

別紙42

年 月 日

就労定着実績体制加算に関する届出書

①	前年度において42月以上78月未満の期間継続して就労している又は就労していた者の数	人
②	過去6年間の就労定着支援の終了者	人
③	過去6年間の就労定着支援の終了者のうち前年度において42月以上78月未満の期間継続して就労している又は就労していた者の割合(①÷②)	%

【過去6年間における就労定着支援の利用者数】

	氏名	就職日	就職先事業所名	就労定着支援の利用開始日	就労定着支援の終了日	前年度における継続期間
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 「前年度における継続期間」欄には、障がい者の就労継続期間を月単位で記載すること。なお、前年度の4月において78月以上就労が継続している者は実績の対象とはならない。

注2 新規指定の事業所は当該加算を算定することができないことに留意。

注3 行が足りない場合は適宜追加して記載。

別紙43

年 月 日

精神障がい者地域移行特別加算に関する届出書

事業所・施設の名称	
1 異動区分	① 新規 ② 変更 ③ 終了
2 運営規程に定める障がい者の種類	身体障がい者 ・ 知的障がい者 ・ 精神障がい者 ・ 難病等対象者
3 有資格者の配置	① 社会福祉士 … 人 ② 精神保健福祉士 … 人 ③ 公認心理師等 … 人

注1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

- 2 指定障害福祉サービス基準第135条、第171条において準用する第89条、第211条の3（第213条の11で準用する場合を含む。）又は第213条の19に規定する運営規程を別途添付してください。
- 3 公認心理師等には、「心理に関する支援を要する者に対する相談、助言、指導等の援助を行う能力を有する者」を含む。
- 4 従業者が有する資格について、当該資格を証する書類の写しを添付してください。

別紙46

年 月 日

夜勤職員加配加算に関する届出書

事業所・施設の名称																					
1 異動区分	① 新規	② 変更	③ 終了																		
2 夜勤職員の加配状況	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="563 712 831 779">住居の名称</th> <th data-bbox="831 712 1098 779">利用者の数</th> <th data-bbox="1098 712 1366 779">夜勤者の加配</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>有・無</td> </tr> </tbody> </table>			住居の名称	利用者の数	夜勤者の加配			有・無			有・無			有・無			有・無			有・無
	住居の名称	利用者の数	夜勤者の加配																		
			有・無																		
			有・無																		
			有・無																		
			有・無																		
		有・無																			

備考1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

2 障害福祉サービス基準に定める夜間支援従事者に加えて夜間支援従事者を配置する場合、共同生活住居ごとに配置の有無を記載してください。

別紙47

年 月 日

サービス管理責任者配置等加算に関する届出書
 (生活介護・自立支援(機能訓練)・自立支援(生活訓練))

1 事業所・施設の名称		
2 異動区分	1 新規	2 変更
	3 終了	
3 サービス管理責任者の配置	有・無	
4 地域に貢献する活動の内容		有・無

備考1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

2 ここでいうサービス管理責任者とは、共生型生活介護、共生型自立訓練(機能訓練)又は共生型自立訓練(生活訓練)の指定を受ける指定児童発達支援事業所若しくは指定放課後等デイサービス事業所又は介護保険制度制度における指定通所介護事業所、指定地域密着型通所介護事業所、指定小規模多機能型居宅介護事業所等の従業者をいう。

3 ここでいう地域に貢献する活動とは、「地域の交流の場(開放スペースや交流会等)の提供」、「認知症カフェ・食堂等の設置」、「地域住民が参加できるイベントやお祭り等の開催」、「地域のボランティアの受け入れや活動(保育所等における清掃活動等)の実施」、「協議会等を設けて地域住民が事業所の運営への参加」、「地域住民への健康相談教室・研修会」などをいう。

様式第二号から様式第四号までを次のように改める。

様式第2号(第3条関係)

受付番号

特定障がい福祉サービス事業所 変更指定申請書
指定障がい者支援施設

年 月 日

福岡県知事 殿

申請者 (設置者) 所在地 名称 代表者

印

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する 〇特定障害福祉サービス事業所(指定就労継続支援A型事業所・指定就労継続支援B型事業所・指定生活介護事業所) 〇指定障害者支援施設に係る変更指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

事業所(施設)所在地市町村番号

Application form table with sections for Applicant (Applicant Name, Address, Contact Info), Change Designation (Facility Name, Address), and Activity Types (Specialized Services, Support Facilities). Includes checkboxes for existing designations and a table for activity types with columns for implementation status, start date, and model.

記入担当者名 連絡先

(備考)

- 1 「受付番号」「事業所(施設)所在地市町村番号」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」「一般社団法人」「一般財団法人」「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 「同一所在地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について事業の種類を記載し、該当する欄には「〇」を記載してください。
5 「〇〇事業所番号」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、その事業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。
6 別添資料については、指定申請時の様式を参照してください。

様式第3号(第4条関係)

変更届出書

年 月 日

福岡県知事 殿

住所
事業者(所在地)
(施設の設置者)氏名
(名称及び代表者氏名)
印

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第46条第1項 第46条第3項 第51条の25第1項 第51条の25第3項の規定により届け出ます。

Table with columns for '指定内容を変更した事業所(施設)', '事業所番号', '変更があった事項', and '変更の内容'. Includes numbered items 1-20 for details like name, location, and staff.

記入担当者名 連絡先

備考1 該当項目番号に○を付してください。
2 変更内容が確認できる書類その他知事が別に定める書類を添付してください。
なお、当該変更が利用者の定員の増加に伴うものである場合は、従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類を併せて添付してください。

様式第4号(第4条関係)

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

福岡県知事 殿

事業者(所在地) 住所
氏名 氏名
(名称及び代表者氏名) 印

次のとおり事業を廃止・休止します(再開しました)ので届け出ます。

廃止・休止する(再開した)事業所	事業所番号	
	名称	
	所在地	
	サービスの種類	
廃止・休止する(再開した)年月日	年 月 日	
廃止・休止する理由		
現に指定障がい福祉サービス等又は共生型障がい福祉サービスを受けていた者に対する措置(廃止・休止する場合のみ)		
休止予定期間	年 月 日 ~ 年 月 日	

記入担当者名		連絡先	
--------	--	-----	--

- (注) 1 事業の再開に係る届出にあっては、当該事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態が休止前と異なる場合には、勤務体制・形態一覧表を添付してください。
- 2 廃止又は休止の場合は、事業を廃止又は休止しようとする日から一月前までに届け出てください。
- 3 再開の場合は、休止した事業を再開した日から10日以内に届け出てください。

(事業の廃止・休止に関する届出書 別紙)

事業所名 ())

サービス種類 ())

	受給者証番号	支給決定 市町村	利用者名	異動先の希望サービス	異動先事業所名	異動予定年月日
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

※行が足りない場合は、適宜追加してください。

様式第六号中「障害福祉サービス事業等」や「障がい福祉サービス事業等」に「障害福祉サービス事業」や「障がい福祉サービス事業」を加える。

様式第七号中「障害福祉サービス事業等」や「障がい福祉サービス事業等」を加える。

様式第九号の二中「指定障害福祉サービス事業者及び指定障害者支援施設等」や「指定障がい福祉サービス事業者及び指定障がい者支援施設等」を加える。

様式第九号中「障害者・児」を「障がい者・児」に改める。

様式第十一号及び様式第十二号を次のように改める。

様式第11号(第8条関係)

「重度かつ継続」に関する意見書(追加用)
(自立支援医療(精神通院医療)用)

患者氏名	性別
住所	年齢

主たる精神障がい(ICD-10に準じ該当する番号に○をつけ又は記載すること。)

- ① 症状性を含む器質性精神障がい(F0)
- ② 精神作用物質使用による精神及び行動の障がい(F1)
- ③ 統合失調症、統合失調症型障がい及び妄想性障がい(F2)
- ④ 気分障がい(F3)
- ⑤ てんかん(G40)
- ⑥ その他： (F)

「主たる精神障がい」が上記⑥の場合のみ下記についても記載すること

医師の略歴(精神保健指定医である等3年以上精神医療に従事した経験を有することが分かるよう記載すること。)

医師氏名(自署又は記名押印)

様式第12号(第8条関係)

診断書 (自立支援医療(精神通院医療)用)

氏名		年 月 日 生(歳)	男・女
住所			
① 病名 (ICDコードは、 F00～F99, G40 のいずれかを記 載)	(1)主たる精神障がい _____ ICDコード() (2)従たる精神障がい _____ ICDコード() (3)身体合併症 _____		
② 発病から現 在までの病歴(推 定発病年月日、 発病状況)及び治 療の経過			
③ 現在の病状、状態像等(該当する項目を○で囲んでください。)			
(1) 抑うつ状態 1思考・運動抑制 2易刺激性、興奮 3憂うつ気分 4その他()			
(2) 躁状態 1行為心迫 2多弁 3感情高揚・易刺激性 4その他()			
(3) 幻覚妄想状態 1幻覚 2妄想 3その他()			
(4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 1興奮 2昏迷 3拒絶 4その他()			
(5) 統合失調症等残遺状態 1自閉 2感情平板化 3意欲の減退 4その他()			
(6) 情動及び行動の障がい 1爆発性 2暴力・衝動行為 3多動 4食行動の異常 5チック・汚言 6その他()			
(7) 不安及び不穏 1強度の不安・恐怖感 2強迫体験 3心的外傷に関連する症状 4解離・転換症状 5その他()			
(8) てんかん発作等(けいれん及び意識障がい) 1てんかん発作 発作型() 頻度() 2意識障がい 3その他()			

以下は主たる精神障がいICDカテゴリーがF0・F1・F2・F3・G40以外の場合のみ記入してください。記入がない場合は、「重度かつ継続」に関する意見がないものとして非該当として取り扱います。

<p>◎「重度かつ継続」に関する意見</p> <p>(該当 ・ 非該当)</p> <p>※該当の場合は、右側の医師の略歴の該当する番号に○をして、必要事項を記入してください。</p>	<p>医師の略歴</p>	<p>(1) 精神保健指定医(精神保健指定医 号)</p> <p>(2) 精神科医</p> <p>精神科医として従事した期間(年 月)</p> <p>※(1) 精神保健指定医の場合は記入不要です。</p> <p>(3) その他の医師</p> <p>主に診療した精神障がい(例：児童思春期精神疾患)</p> <p>上記の従事期間(年 月)</p>
---	--------------	--

*判定	承認	不承認	保留
-----	----	-----	----

様式第十八号中「露咄」を「露だべ」に改める。

附則

(施行期日)

1 この規則は、公布の日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行の際現にある旧様式による用紙は、当分の間、なお所要の修正をして使用することができる。

再掲

福岡県公告式条例（昭和二十五年福岡県条例第四十六号）第二条第二項ただし書の規定により掲示したものを、ここに再掲する。

福岡県議会委員会条例の一部を改正する条例をここに公布する。

令和元年五月十六日

福岡県知事 小川 洋

福岡県条例第一号

福岡県議会委員会条例の一部を改正する条例

福岡県議会委員会条例（昭和三十一年福岡県条例第三十四号）の一部を次のように改正する。

別表文教委員会の項中「十人」を「十一人」に改める。

附則

この条例は、公布の日から施行する。