第3部

申請等書類

別記 様式第1号

指定障がい福祉サービス事業者等指定(指定更新)申請書

年 月 日

山形県知事 殿

申請者 所在地 (設置者) 名 称 代表者

指定障害福祉サービス事業者(指定障害者支援施設、指定一般相談支援事業者)の指定(指定の更新)を受けたいので、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36条第1項(第38条第1項、第41条第4項において準用する第36条第1項(第38条第1項)、第51条の19第1項、第51条の21第2項において準用する第51条の19第1項)の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

																																	_
	フ	ı	J	ナ	Ï	+																											
	名					称																											
申 請 者	主#	たる	事務	所 <i>σ</i> .	所で	生地	(郵	便番	号			_	-)																		
設		人であ			その														法人	、所	轄庁	Ē											
置	連		糸	各		先	電	話番	号									_	FΑ														
(設置者)	代	表者	香の	職	· 氏	名	職		名										フ! 氏	J t	j ; 1												
	代	表	者	の	住	所	(郵	便番	号				-)																		
指定	フ	ı	J	カ	Î	ナ																											
	名					称																											
(指定の更新)	事	業所((施言	殳) <i>σ</i>)所で	玍地	(郵	便番	号			_	-)																		
亲 新 所		一所						定業			を 台	すって			業	等	の		也の												備	考	
・ 施設 け	17	う事	未	寸 (ル性	題類	肀	未	開	j 4		予	定	年	F	月		文	け	((, ' @)争	未	寸	0)	扫	止·	+	Э г	7			_
^他 受																														┨			
よ																														1			
う																																	
とす																																	
9				_		- /	l		F1 - 11		=		7 10	^																4			
事	業所	番号	<u>1</u>	同一	-の注	は伴に	おし	て比	はこ指	定を	受け	てい	る場	台																4			
																														┸			

- 備考 1 「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、株式会社等に 記載してください。
 - 2 「法人所轄庁」欄には、申請者が主務官庁から認可を受けて設立した法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
 - 3 「同一所在地において行う事業等の種類」欄には、今回申請を行うもの及び既に指定を受けているものに係る事業の種類を記載してください。
 - 4 「事業所番号」欄には、既に指定障害福祉サービス事業者等として山形県の指定を受け、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。

(別紙)

他の法律において既に指定を受けている事業等について

		_	1	 	7/	業所	ш ′					
								<u> </u>		<u>i</u>		<u> </u>
										<u> </u>		├
										<u> </u>		\vdash
										i i i		
										İ		
										<u> </u>		<u> </u>
										<u> </u>		<u> </u>
										<u> </u>		
								<u> </u>		<u> </u>		<u> </u>
								<u> </u>		<u>i </u>		⊢
								 		<u> </u>		
										! 		\vdash
												1
												
										İ		
										ļ L		
										<u> </u>		<u>i </u>
										<u> </u>		<u> </u>
										<u> </u>		<u> </u>
												i—
										 		⊬
										<u> </u>		⊢
	i							<u>i </u>		<u>i</u> !		
										 		₩
							<u> </u>		<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	\vdash
												\vdash
						: :					1	
								<u> </u>		<u> </u>		
								<u> </u>		<u>i</u>		<u> </u>
										<u> </u>		<u> </u>
										<u> </u>		
								<u> </u>		<u> </u>		
							_	\vdash	_	-	_	┈
										<u> </u>		-
								<u> </u>		<u>. </u>		<u> </u>
										 		
												i

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

	フリカ	ブナ															
事	名	称															
業			(郵便番	号	_)										
所	所在	地															
	連 絡	先	電話	番号						FAX	番号						
	フリカ	jナ							(郵便番	号	_)				
	_						住	所									
管	氏	名					-	,,,									
理		早!	 宅介護従	光学去学	楽との 筆	・終のを	<u>I</u> ⋾無			有		無		T			
者	□ _ 胾;				事業所					H		7115					
	因一般	心内の	他の事業														
	(兼務の)場合記	元句 C V 記入)	ノスト1カ	来伤9 務時間		及び動										
宇施士	**********			ある世	300 0111	•	学の宝성	ヨニつい	て定めて	- ある4	と 個生		第	条第	項 第	F	<u>l</u>
サービ			ガナ	(A) (A) (A)	D 10 (=	のデフ	K • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	E1C 20	·CÆW	כנסינט.	(郵便番	문	ж —	木 	久力		,
提供責	-								住月	if	、おび田	-5		,			
ルバ貝	1111	氏	名														
	/ ** **	○ II ₩ 13			居宅分	ì護等 征	龙業者	その	他の従業	者							
	従業者	の職種	₫•貝奴		専従		務	専従	兼務	ķ.							
			常勤	(人)	47 I/C	7115	. 123	47 I/C	NIK 32	,							
	従業者	首数	非常勤								,						
	- 中勤:	魚質 後	の人数							-							
			要人数														
		掲示事		()()													
	営業日]6]7]	P 快														
	営業時	38															
	古 未 时 1	ĦJ			Б	ウムギ	『白.什.人	=# / 白. /+	介護・通防	스스 마시	中市福	마佐(로	中平四	. `ネ <i>□</i> ウ	ᄉᄜᆡᇎᆓ	『夕人』	94. 1
	サービス	ス内容			72	七川丧	1314月	丧(分)	・J						川助/ 米	は井ンロコ	3)]
					居宅	介護	特定無	. · 身·	体障害者						隨害児	• 精	神障害者
									加算対象						11 11 20		
	主たる対	付象者			同行				身体障害								
	27.07.37.1				行動		特定無		印的障害	• •			油障等	害者			
					1124	100 1100	14 70 710		44 1/ + D	н	77 11 70	117	1117-1	н н			
	利用料																
	その他の	か費田															
			実施地均	戓													
	WE 173 07	-	<u> </u>	74	笙=	考 証価	の実施	状況	170	ر ا	してい	tils					
	その他を	糸老レ7	なる事項	ī			の措置権		窓口(連		000	5.0	担当者	+			
	C 07 [E]	<i>> 1</i> 3 C.	C O 7-7		ш.		の他	7.5	心口(足	TU 767			15-31	-			
一体的	に管理道	軍党を:	行う			()	7 IL										
他の事			117														
					2v =¬ =+ -	≖ = ⊤ nn ≠	ラルタ	/ai/d= ==	*====		田事 ''''	₩ +P 17 P	41 m -	*** ~ ~	*****	124-	フナ はに
	添	付書業	頁						業所平面 彡態一覧表				利用?	百からの	古情を解	:次す	るために
					ן עס עדויין	_ <u> </u>	· 入、±///	ort-dra N	ייט איי	· · ux i/f:	, hw HH 41	<i>F</i> 20					

- 備考 1 複数種類のサービスを実施する場合、「サービス内容」欄に複数のサービス種類を記載して本様式1枚にまとめて提出してください。なお、居宅介護の指定を受けた場合、あわせて重度訪問介護の指定もされることになりますので、両者の指定を受けようとする場合は居宅介護のみの記載で構いません。ただし、重度訪問介護の指定を希望しない場合は「重度訪問介護」に×をつけてください。
 - 2 「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。
 - 3 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。
 - 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 出張所等がある場合は、付表1-2にも記載してください。また、従業者については、本様式中に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
 - 6 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
 - 7 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、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

1120	· - 11 U		7 7 7 7 7 7 7	122/10/2011	C				
	フリガナ								
事	名 称								
業		(郵便番号	_)					
所	所在地								
	連 絡 先	電話番号			FAX	番号			
	主な掲示	事項							
	営業日								
	営業時間								
	指定居宅介護	隻等の内容	居宅介護【身		護・通院介助)・家 度訪問介護・同			院介助)•乗	降介助】
			居宅介護	特定無し・ 身体	、障害者 ・ 難病等	穿対象者 · 知的	障害者 •	障害児 ・ 料	青神障害者
	÷+.7≒4色≠	<u>.</u>	重度訪問介護	特定無し・	加算対象者以	外			
	主たる対象者		同行援護	特定無し・	身体障害者 •	障害児			
			行動援護	特定無し・	知的障害者 •	障害児 • 🥫	精神障害	者	
	利用料								
	その他の費用	1							
	通常の事業の)実施地域							
			第三者評価	i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	の措置概要	窓口(連絡先)		担当者		
			その	の他					
	-体的に管理選 他の事業								
	添付書	類			事業所平面図、約 務体制・形態一!				を解決す

- 備考 1 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。
 - 2 「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。
 - 3 「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。
 - 4 「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。
 - 5 共生型サービスの場合、職種は適宜修正して記載してください。

付表2 療養介護事業所の指定に係る記載事項

13 28 4		及川の	2 J A	171 07 .		יוא שוי		<u>- 7 天</u>					
		ガナ	L										
事	名	称											
業			(郵便	番号	_	-)						
所	所名	E地											
		!											***************************************
	連系	各先	電話	番号					F	AX番号			
	フリ								(郵便番号		-)		
	27	73 /					<i> </i>	==	(到)文田 つ	ī	,		
告	氏	夂				!	1±	所					
管 理			ı			l			Í				
者	同一數	7地内0	一曲の事	 厚業所	事業所	i 等の彳	5称						
-	又は施	設の分	1237日	で 兼	兼務す	- る職種	直及び						
			合記入		勤務時								
宝施主							生の実施	無につい	て定めてあ	ス冬例等	第条	第項	i 第 号
	ビス		ガナ	נישים ריט	D 10.	1107 + 1	KV/~	匹1~ フリ	, CVERY CO	(郵便番)	י אי
	・ しへ 責任者	—							住 所	(3,12,1	1 7	,	
官理員	祖田	氏	名						<u> </u>				
	^\/ Alle +v	· - 7545 Ti	- = **		サービ	ス管理	責任者		医 師	生	活支援員	Т 看	護職員
	従業者	の職相	重·員数		専従		兼務	専従	 ※兼務		※兼務	専従	※兼務
			常勤	(人)	1) I/C		.IK 323	', "	7839117300	1, 1/2	7879117322	1,1 1/2	7837117322
	従業	者数	非常望		\vdash			\vdash		_		+	
					┼──			+		-		+	
			の人数										
	基华.	上の必	要人数	.(人)	=	-++ T- 	±.						
						護補助		<u> </u>				<u> </u>	
					専従	※∄	兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
	光 業	者数	常勤			Ī	'		 				
	化木	1日奴	非常堇	加(人)									
	常勤:	換算後	の人数	(人)						1		†	
			要人数										
ı												1	
								 		-		┨	
			常勤	(l)				\vdash		_		-	
	従業	者数	非常勤		\vdash			++		-		┨	
	~ ***	华色级										4	
			の人数									4	
			要人数										
削年			用者数((人)	ļ								
		は掲示事	事項										
	利用定						人(単	位ごとの	つ定員)(①)	2)	
	基準上	の必要	定員										
	設置部	分			多目的	j室(デ·	イルーム	۵)	有	• #	#		
	7.1 TO 1/2												
	利用料	ł											
	その仕	の費用	3										
	(0) 1	,V) 5(1)	1		第二:	老 証価	の実施	= 4十:凸	ーアハス	・してい	+211		
	この供	·	+> ス 重	⊤否			の措置権		窓口(連絡を			±.	
	てい	沙方(なる事	垻	古旧			以安	治口(建裕)	元/	担当者	ā	
, <u>, , , , , , , , , , , , , , , , , , </u>	· — <i>/</i> /-/- TD	- 1 - 11	- 7		<u> </u>	てり	の他						
	に管理	-連宮 9	「る										
他の事	+ 耒川				_								
	溕	忝付 書 类	頁		の苦情	を解決す	するため	に講ずる	る措置の概要	要、勤務体制	面図、経歴書 制・形態一覧表 分かる証明書	、設備∙備	

- 備考 1 「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。

※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14を併せて提出してください。

	-114° 1	1						ML 21	从 ルエナ 木ノ	× 10	A L T /	K 49 11 200	_1130.1	CDIC C	定山してください。
	フリガナ	4													
施	名 称														
		(郵便番号		_)										
設	所在地														
	連絡先	電話番号					FAX	釆早							
	フリガナ	电印画力	1		r		(郵便番号	田力)					
	29/11/				,_	=r	(郵便留写		_)					
	氏 名				1王	所									
管	7														
理	当該生活介	護事業所で新	長務する おんきょう かんしょう かんしょ かんしょ かんしょ かんしょ かんしょ かんしょ かんしょ かんしゅう かんしゅう かんしゅう かんしゅう かんしゅう かんしゅう かんしゅう しゅう しゅう しゅう しゅう しゅう しゅう しゅう しゅう しゅう	他の職	種(兼	外の場1	今のみ記入)								
者	他の事業所又	7.け施設の従	事業店	近等の	名称										
	業者との兼務	(海脳の)に		ナス映	插及										
	記入)	(30,000,000,000,000		多時間											
								der den derbe			hh	A hh	+T /r/r		
			合は、	当該事業	裏の実)	色につい	て定めてある				第	条第	項第	号	
▮ サー	ビス フリ	ガナ			_			(郵便	番号	_)			
管理責	責任者 <u>⊬</u>	名					住 所								
	民	71													
4	子業者の際す	舌. 吕 粉.		医師	i	サービ	ス管理責任者	看	護職員	Т	理:	学療法	±	作	業療法士
1	だ業者の職 種	里 貝奴	専従	Χį	東務	専従	※兼務	専従	※兼	務	専従	※ 兼	東務	専従	※兼務
	and allege to the	常勤(人)	1			<u> </u>									
	従業者数	非常勤(人)	1			\vdash				\dashv					
	出出在年代		1			\vdash				\rightarrow					
		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	止士	その	也の従	業者		
			専従	Χį	東務	専従	※兼務	専従	※兼	務	専従	※ 第	東務		
l		常勤(人)	1,7 1,70			1,7 1,7 0		1, 1,0		-	1, 1,0				
	従業者数	非常勤(人)								-+					
	当出场答约									-					
		の人数(人)								_					
	基準上の必	要人数(人)													
							施設が申台	らする[障害支援	爱区分	での	均值			
			サーヒ	ごス単位	位		4未満		4.	以上5	5未満			5比	上
		の平均		ごス単位											
	実利用	者数(人)													
				ズ単											
			サート	ごス単位	过3										
	主な掲示	事項													
	営業日		単位こ	ごとのこ	営業日										
	営業時間		単位こ	`との-	サービ	ス提供	時間(送迎8	詩間を[除く)(1)) :	~	:	2	: ~	· :)
			î e		i –	- 3/4 1/			章害者			•			- /
			特定	無し	幺四ノ	無し	肢体不自由			庙 学	===1	大 立[] []	きがい		
			<u> </u>		和力	無し	以中个日出	忧見	古い, いは	心見"	百品	시미가	早 / いい		
	主たる対象	者			<u> </u>										
			難病等	対象者	知的	音害者	精神障害者								
			24,141		VHHJ	7 H H	10 11 FF FF								
	利用定員					人(単	位ごとの定り	(1))	(2)		
	基準上の必	要定員								· ·					
	多機能型実							有	. 4	#					
	グ阪化王天	ルピップ日常	+					Ħ	7	115					
	利用料		1												
	その他の費	用													
			第三	者評価	の実績	包状況	している・	してし	いない						
	その他参考	となる事項		解決の			窓口(連絡先)		_	当者					
		_ 5.5 - 7	<u> </u>		の他				,_						
\vdash	協力医療 協力医療	松月月	D	称	تا ح			→ +	診療科	夕					
			白	ፈ ለ],				土/。	的原件	10					
ı –	体的に管理		1												
	他の事業	きげ	1												
							等、事業所平 面								
	添付書	類		措置の	概要、	勤務体	制•形態一覧	長、設備	⋕∙備品等	一覧表	表、協;	力医療	機関との	の契約に	内容がわかる
			もの												

- 備考 1 「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「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、准看護師のことを言います。
 - 4 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
 - 5 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
 - 6「※兼務」欄は、施設入所支援事業以外との兼務を行う職員について記載してください。
 - 7 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
 - 8 共生型サービスの場合、職種は適宜修正して記載してください。

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14を併せて提出してください。

	フリガナ														
施	名 称														
		(郵便番号		_)										
設	所在地														
	連 絡 先	電話番号					FAX								
_	体が地方公共		骨合は、≝	á該事 第	業の実績	色につい	て定めてある				第	条第	項第	号	
	・ビス フリ:	ガナ					/> =r	(郵便	番号	_)			
管理責	責任者 氏	名					住 所								
				医師	i	#_⊬	ス管理責任者	≢	護職	3	珊	学療法	<u>+</u>	作	業療法士
1	従業者の職権	重•員数	専従		· 兼務	専従	※兼務	専従	※第		専従	<u>于凉况</u> ※第		専従	* _源 点工 ※兼務
l		常勤(人)	守化	76.7	化 /为	守化	不不伤	守化	<i>∧</i> √ <i>x</i>	トイカ	守化	~ 7	ドイカ	守化	不不伤
	従業者数	非常勤(人)	+												
	常勤換算後		1												
	基準上の必														
	を キエ い 必	女八奴(人)	松岭台上	訓练士	導員	止	活支援員	*幸 7中 /	保健福	Żıŀ →	エ の	也の従	举 *		
			専従		# 辞 兼務	専従	冶又按貝 ※兼務	専従	本)延信 ※第		専従	世の10 ※第			
		常勤(人)	守化	X 3	水仍	守化	水水 伤	守化	***	トイガ	守化	* 7	下打		
	従業者数	非常勤(人)													
	常勤換算後 基準上の必														
	基準上の必	安人致(人)					サケテ≡Ⴠ┵シャᠲᢧ	⊢		120 EZ /	\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \	<i>l-</i> / -			
				· — · · ·	, ,		施設が申台	ゴタ の						= 151	
	前年度	の平均	サービ				4未満			4以上	5未満			5以	<u>.上</u>
	実利用者		サービ												
	20137101		サービ	ズ単位	立2										
			サービ	ズ単位	立3										
	主な掲示	事項													
	営業日				営業日										
	営業時間		単位こ	゛との・	サービ	ス提供	時間(送迎時	間を除	余く) (1) :	~	: (2 :	~	:)
			特定	4111					がい者						
			1寸足	無し	細分	·無し	肢体不自由	視覚	章がい	聴覚	·言語	内部	章がい		
	主たる対象を	*													
	土たる対象1	=	****	计色字	<u></u> ተበ ሰታ በ	空中之	精神障害者							•	
			無物	对象石	אונים ווצ	早古日	相种 焊 古								
	利用定員					人(革	位ごとの定	員)(①)		2)		
	基準上の必														
	多機能型実	施の有無						有	•	無					
	利用料														
	<u>ተባ/ተነ</u> ተት														
	その他の費	用													
			第三者		の実施	地状況	している・	してし	ない						
	その他参考	となる事項	苦情	解決の	の措置	概要	窓口(連絡先)			担当者					
				その	の他										
	協力医療	幾関	名	称				主な	診療	4名					
_	体的に管理	 運営する			•										
	他の事業														
			1			—	·					.	- 17.11		
	添付書類	領					· 、事業所平面 · 形態一覧表記								
			9の疳	旦の悩	、 数	13714刊 1	· 心思一見衣部	71用"11用"	中寺一.	見衣、防	かり医療	で成別さ	_の突が	いるで	れいかるもの
備老	1 「甘淮 L /	の心画し粉	丁甘淮	F Φ ιὐ	, 画店	「甘淮	上の必要定	号 は関ル	-1+ =	コ <u>非</u> 1 7	121178	ノギキロ	`		

- - 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、准看護師のことを言います。
 - 4 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
 - 5 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
 - 6「※兼務」欄は、施設入所支援事業以外との兼務を行う職員について記載してください。
 - 7 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
 - 8 共生型サービスの場合、職種は適宜修正して記載してください。

付表4 短期入所事業所の指定に係る記載事項 フリガナ 名 称 事 (郵便番号 業 所在地 所 連絡先 電話番号 FAX番号 フリガナ (郵便番号 住 所 氏 名 管 理 事業所等の名称 者 同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼務 兼務する職種及び (兼務の場合記入) 勤務時間等 利用定員数(人) 併設型 事業所の種別 ┃併設型 ・ 空床型 (単独型) の場合 前年度の平均入所者数(人) 名称 併設(本体)施設 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 看護職員 サービス 心理判定員 従業者の職種 医師 管理責任者 保健師 看護師 准看護師 合計 • 員数(人) ※兼務 専従 ※兼務 専従 ※兼務 ※兼務 専従 専従 ※兼務 専従 ※兼務 常勤(人) 従業者数 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 あん摩マッ 職能判定員 生活支援員 合計 作業療法士 機能訓練指導員 サージ指圧師 理学療法士 専従 ※兼務 専従 ※兼務 専従 ※兼務 専従 ※兼務 重従 ※ 兼務 車従 ×兼務 専従 ※兼務 常勤(人) 従業者数 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 介護職員 保育十 精神保健福祉士をの他の従業者 職業指導員 児童指導員 専従 専従 ※兼務 専従 ※兼務 専従 ※兼務 専従 ※兼務 ※兼務 専従 ※兼務 専従 ※兼務 常勤(人) 従業者数 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 項 第 号 第 主な掲示事項 主たる対象者 特定無し ・ 身体障害者 ・ 難病等対象者 ・ 知的障害者 ・ 障害児 ・ 精神障害者 利用料 その他の費用 している・ していない 第三者評価の実施状況

| るもの | るもの | 「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。

名 称

その他参考となる事

協力医療機関

一体的に管理運営 される他の事業所

添付書類

- 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。

苦情解決の措置概要

その他

- 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。

窓口(連絡先)

担当者

主な診療科名

登記事項証明書又は条例等、建物の構造概要及び平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決する

ために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約の内容がわか

7 共生型サービスの場合、職種は適宜修正して記載してください。

付表5 重度障害者等包括支援事業所の指定に係る記載事項

	フリ	ガナ														
事	名	称														
業			(郵便都	番号	_)										
所	所在	主地														
					T											
	連糸		電話	番号				/		番号						
	フリ	カナ				4		(郵便番	号	_)				
	E.	名				住	所									
管	_~															
理者					者との兼務の				有	•	無					
有	同一敷	地内の	他の事	業所又	事業所等の	名称										
	は施設	の従業	者とのま	兼務	兼務する職権	重及び勤										
		り場合詞			務時間等											
		_		ある場	合は、当該事	業の実施	色につい	て定めて	てある多			年	第	項第		클
サービ		フリ	ガナ					住	ᇎ	(郵便番	号	_)		
提供責	任者	氏	名					1土	ולז							
	事:	と	太制													
		K171 * 7	1.463		種类	百	1	事業済	訴 夕			=	李言	所番号		
	他に指	定を受	けている	6障害	11里 大	<u> </u>	-	尹木	71 12	_		7	木厂	川田り		
	福祉サ	ービス	等				l									
					種 类	百		事業済	听 夕			重	業	听番号		
	季託に	よる提集	携事業 所	ifi	1 7	н	 	于不)	71'11				- X 1.	ЛНО		
	交品	O. O.IVE.I	55 子 木1.	/1												
	協力医	療機関			名 称					主 力	な診療和	4名				
			連絡対応		н 13						7- HZ 7/K 1	1 -				
	の概要	_	XΞ (\10 X) (ניווידין יטי												
	主力	は掲示事	11													
	主たる						特定無	し・ I	類型	• II 類	型 •	Ⅲ類型				
	利用者	数								Į.						
	그리 [기사															
	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	してし	ハる・	してい	ない					
	その他	参考とな	なる事項	Ę	苦情解決	の措置権	既要	窓口(連	絡先)			担当者				
					7	-の他										
		:管理運 他の事	営され <i>-</i> 業所	る 												
		 忝付書類		_	登記事項証明めに講ずる措施								からの	 D苦情を	解決	するた

(備考)

- 備考 1 「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 「他に指定を受けている障害福祉サービス」欄には、重度障害者等包括支援以外に指定を受けているものについて 記載してください。重度包括支援と同時に指定を受けようとする場合は事業所番号の記載は不要です。
 - 4 第三者に委託して障害福祉サービスを提供する場合は、予定している事業所を「委託による提携事業所」に記載してください。なお、指定事業所でない場合は事業所番号の記載は不要です。
 - 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 「主たる対象者」欄については、気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理を行っている身体障害者を対象とする場合は「I 類型」、最重度知的障害者を対象とする場合は「I 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「II 類型」を選択してください。特定しない場合は「特定無し」を選択してください。
 - 7 「利用者数」欄には、当該事業所において提供できる利用者の数を記載してください。
 - 8「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
 - 9 「通常の事業の実施地域」欄には、市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。

共同生活援助事業所(グループホーム)の指定に係る記載事項 その1 付表6

	フリ	ガナ																	
主た	名	称																	
る			(郵便	番号		_)											
事業	所	生地																	
所 ※																			
	連	格 先	電話	番号								FA	 X番号						
			介	護サー	ビスで	包括型	ij			生活	支援員の	業務	の外部委託の予	·定	有	(月	時間) •	無
	この提 当部分	供形態(こ〇)	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
			外i	部サー	ビス	利用型	a a						ビス事業者が事業者が事業者の名称及びます。 しゅうしゅう しょうしん しゅうしん しゅうしん しゅうしん しゅうしゅう しゅう						所
	フリ	ガナ							(郵化	更番号	1.7	_)						
管	氏	名					住	所											
理					事業	听等の	名称												
者			記設又は との兼務		兼務	するほ	敞種												
	の場合	記入)			及び 等	勤務	時間												
	実施	主体が	地方公	共団体		る場合	ーー 合は、	当該	事業	の実施	施につい	て定と	 かてある条例等		第	条第	項	第	号
事	業の利	川用定員	数					人											
		ービス		フリフ	げナ						住所	(郵	便番号 一)				
	管埋	責任者		氏	名						ולז דו								
	従業者	ちの職種	重•員数			± //	世記	私	16 76		= /		支援員	_		ビス管	理責任		
			常勤	()		専従			兼務	ì	専	止	兼務		専従		<u></u>	務	
	従業	者数	非常重																
	常勤	換算後	の人数	(人)															
	基準	上の必	要人数	(人)															
居宅	介護従	業者の	外部委	託のう	定			有	(月	時	間)		無						
障害	者支援	施設等	との連	携体	連携	施設	の種類	訓·名	称										
制等					支援	体制	の概要	要											
	的に管 事業所	理運営	される																
					第三	者評	価の質	実施丬	犬況				している・し	ていない	۸,				
そのイ	也参考	となる	事項		苦情	解決の	の措置	概要	窓口(連絡先)						担当者			
						その	り他												
協力	医療機	関			名	称								主な	診療	科名			
協力ī	歯科医	療機関			名	称													
添付	書類				苦情	を解決	するた	ぬに	講ずる	る措置の	の概要、抗	議会	造概要及び平面図 等への報告・協議 協力医療機関との	会からの	の評価	等に関	する措		

[※] 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う。

(付表6) その2

	フリガナ							
	名 称							
		(郵便番号	_)					
	所在地							
	連絡先	電話番号				FAX番号		
ш	グループホー	·ムに供する建	物形態					
共同	①住居区分:	一戸建て、ア	パート、マンション、	その他(()			
生	②建物所有者	 香名:						
活住	③賃貸借契約	りの内容:	ア敷金	イ 礼:	金 ウ	家賃 (月額)		
住居	0 2 4 2 4 1 2 4 1		エ契約期間		_ 賃貸料がな			
1	④住居の利用		人					
•	⑤居室数		室(うち個室	室)				
	0:12	当たりの民室	の最小床面積		m [*]			
		: コパングクローエ 含するサテライ		か所				
			ト型住居の利用者			/ ≘ ±蛛 및		
	主たる対象者					精神障害者 •	##信仰が免者	
	利用料	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	3 仲牌古石	אונים חע	¥ = 1	有秤牌百石	郑州守州苏石	
	その他の費用							
\vdash	フリガナ							
	名称							
	10 171	(郵便番号	-)					
	所在地	(却仅由")	,					
	加土地							
	連絡先	電話番号				FAX番号		
		・ムに供する建	かなから			FAA留写		
共			イガル窓 パート、マンション、	スの44(()			
同	① 性		ハード、マンション、	て 07 個 (, ,			
生活			マ 歩ム	/ 1/	<u> </u>			
住	3 貝貝佰笑#	りの内容:			並 'ノ 賃貸料がな			
居	A C C A U		エ 契約期間 <u></u> 人	7	貝貝科が	が连田		
2	④住居の利用 ⑤居室数	力止貝奴	へ 室(うち個室	室)				
	<u> </u>	ツナ 川の足虫	の最小床面積	至)	m²			
				ムミ				
		含するサテライ	<u>►型任店</u> ト型住居の利用者	か所		/= +4k =P		
							##库尔马名老	
	主たる対象者	1	牙体阵音句 •	אונים נוצ	早吉白 "	精神障害者・		
	利用料 その他の費用							
\vdash								
	フリガナ							
	名 称	(郵便番号						
	所在地	の対は田り	_ ,					
	기1도1년							
	連絡先	電話番号				FAX番号		
		・ムに供する建	- 地面 記 台に			「八田力		
共			パート、マンション、	この出(()			
同	① E A E 7 . ② 建物所有者		\-\-\-\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\	(O) IE (,			
生活	③賃貸借契約		ア 敷金	イ 礼3	<u></u> 金 ウ			
生活住	少貝貝旧犬和	いついい合い	ア 敖並 エ 契約期間	1 礼: 才	並 ・ノ 賃貸料がな			
居	④住居の利用	日完員数	人 关初期间	7	貝貝介が	5∨·柱田		
3	生活の利用5居室数	7. 足貝双	へ 室(うち個室	室)				
		当たいの民党	至(フら恒至 の最小床面積	至)	m²			
				か言				
		含するサテライ マオスサラライ		から連絡		/=		
			ト型住居の利用者 良体障害者 •				雑信集が名字	
	主たる対象者 利用料	I	身体障害者 •	אונים וויג	章害者・	精神障害者 •	難病等対象者	
	その他の費用							

※共同生活住居が4つ以上あり、この用紙に書ききれない場合は、適宜用紙を追加してください。

(付表6) その3

	フリガナ							
	名 称							
		(郵便番号	-)					
	所在地							
	771 1120	***************************************						
	 連 絡 先	電話番号			F	AX番号		
サ		<u> 電品番号 </u> 主居に供する顔	事 北海 エン 台ビ		1 /	AA田 7		
テラ			≝初形態 パート、マンション、・	エの仏 ()			
7			ハード、マンション、	てい他()			
 	②建物所有和		— <u>*</u> L A			- (= 		
型 住	③賃貸借契約			1 礼金		で (月額)		
住 居	0 0 E 5 5/15		エー契約期間	才 賃貸	料がない理	里由		
1	④住居の利用		人		2			
_	⑤居室の最小				m [*]			
	本体住居の名							
	本体住居との			M WARE.				
	利用者が本り主たる対象者		格に使用する通信機 身体障害者・・		- 特力	神障害者 •	難病等対	负文
	利用料	l	好 体 件 古 日	재미	* 作刊 ①	中陸古1日	無 内 守 ハ	《 名
	その他の費用	<u> </u>						
	フリガナ	•						
	名称							
	יניו בד	(郵便番号	<u> </u>					
	所在地		,					
	기기1도 차명							
	生 奶 井	and And		ı		**/# D		
サ	連絡先	電話番号	·		Ε,	AX番号		
テ		主居に供する建		H /	*			
ライ			パート、マンション、・	その他()			
 	②建物所有都							
型 住	③賃貸借契約			イ 礼金		で (月額)		
住			エー契約期間	オー賃貸	料がない理	理由		
居 ②	④住居の利用		人					
∠	⑤居室の最/				m²			
	本体住居の名							
	本体住居との			m				
			烙に使用する通信を					÷ .,
	+ + 7 -+							
	主たる対象者	Í	身体障害者 •	知的障害者	• 精神	神障害者 •	難病等対	家 者
	土にの対象を利用料 その他の費用	-	身体障害者 •	知的障害者	• 精剂	伸障害者 •	難病等対	家 有

付表7 その1 障害者支援施設の指定に係る記載事項

※昼間実施サービスは種別ごとの付表を作成してください。

	フリガナ																
施	名 称																
<i>"</i>		(郵便番号															—
設	所在地																
<u></u>	<i>,,,</i> = 0		annunununun			***************************************				anninuminuminumin		410000000000000000000000000000000000000	aninnuninnunin	***************************************			
- 1	連絡先	電話番号							FA'	X番号						_	
\dashv	フリガナ	伊叫田. 7					(郵便	<u> </u>	170	Λ⊞ - Э	_					—	
管	ノリハノ	├			l		く生りと	.番亏	_	-)						
理者	氏 名				任	E 所	ļ										
百	10, 11			!	1	!											I
昼	間実施サー	<u>-</u> ビスの定員	(人)		1												
	合計			対象者	訓練	等給付対	才象者	特定	旧法受	給者		무선되다	# 墨 办				Arr.
- 1											正	員緩和排	首直の	有無	有	•	無
施	設入所支援	長の定員(人))		1			他	の社会	会福祉施	.設との	併設の	有無		有	•	無
		設の定員(ノ					併設	と施設の									
				ービス	Π,					 看護	職員						
	従業者の			責任者	1	医師	ŕ	合計	保	健師		護師	准え	看護師	l		1
	•員数(人)	車従	※兼務	専従	※兼務	専従		<u> </u>	※兼務	専従	1	専従		l		1
-		常勤(人)	-47 IVC	ANAIN32	47 IVC	WAKIN	47 I/C	/1/ XIV 123	47 IVC	71 XIV 323	-47 IV	VIVANAN	-47 IVC	ANAIN 323	l		ļ
	従業者数	非常勤(人)	$\vdash \vdash$	\vdash		\vdash	$\vdash\vdash\vdash$		$\vdash \vdash \vdash$			 	$\vdash \vdash$				
- 1	常勤換算後		$\vdash \vdash \vdash$		 '		$\vdash \vdash$		igwdapsilon				$\vdash \!$		l		I
L	吊 到快异区	の人数(人)				四学病	┃ 法士等	<u> </u>			 		上午	 支援員		—	\longrightarrow
		ļ	 	^ =L	油品				+6% 수도 금니	14世代首品	 	∧ . = L			r	=+ 87	
		ļ		合計		療法士		療法士		練指導員		合計	_	通所		訪問	
		T.,, #, , , ,	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)	igsquare	igwdapprox	——'	 '	igsquare	 '	igsquare	 '	ــــــ	 '	↓ '	igwdapprox	igwdap	\perp	
		非常勤(人)	igsquare		<u> </u>	<u> </u>	igsquare	'	igsquare	<u> </u>	ــــــ	<u> </u>	<u> </u> '		<u> </u>	上	
	常勤換算後	の人数(人)	<u> </u>		Щ.		<u> </u>	!	<u> </u>	!	<u> </u>		<u></u>				
		ļ	職業	指導員	就学	支援員	栄	養士	その他	の従業者							
		ļ	4120/11	10 寸火	カンフラ	人派六	71-	及上	(0, 10	O INCAN II							
			専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務							
	従業者数	常勤(人)		[<u> </u>				<u> </u>		ſ <u></u>							-
	伙未 日数	非常勤(人)															-
	常勤換算後					•				·							-
	主な掲示				1												
			4+ -	free 1					身体	障害者					\Box	_	
	i	I	特人	定無し	細	分無し	肢体	不自由		障がい	聴覚	き言語	内部	障がい			
	+ + 7	+1 4- +2												-	l		
	王たる	対象者	##.#	*****	4n 44	· ** ***	## ++	7± == ±							1		
	i	ļ	雞抦₹	等対象者	知的	障害者	精件	障害者									
	i	ļ							İ								
		· · ·	第三	三者評価	の実	布状況	1	している	・し	ていない	\ <u> </u>					_	
	その他参考	きとなる事		情解決の			-	(連絡先)				担当者					
	項	ļ	<u> </u>		カ他 D他	1900	-	AC				<u> </u>	<u> </u>				
	協力医	療機関	夕	称					主	な診療科	上名					_	
		上原機関		称	$\vdash \vdash$					O 112 /// 1	L. III	<u> </u>					
	I加 し 四 'IT	区7尽1及(大)			とマ 仕 :	条例等、建	≢物のホ	*告押要 [*]	内7K亚i	面図 経月	無重 電	a 学 担 程	λ 祈老	からの芋	情を値	2.注	ナス
	添付書	類				既要、勤務											

- 備考 1 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。
 - 2 昼間に複数の施設障害福祉サービスを実施する場合、「昼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。
 - 3 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。
 - 4 「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。
 - 5 「従業員の職種・員数」欄には、職種ごとに、昼間実施サービスの従事者(付表8その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。
 - 6 「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。

付表7 その2 昼間実施サービス及び施設入所支援に係る記載事項

施	設名										
昼	間実施サ·	ビス <i>σ.</i>)種類		舌介護 ビス単位 無	自立訓練(機能訓練)	自立訓練 (生活訓練)	就労移行支援 (一般·養成)	就労継続支援 (A型)	就労移行支援 (B型)	
ı	実が	する事	業								
	前年度 <i>0</i> 者数(人		利用	l							
	昼間多	機能の	実施		有	無	昼間の総別				
	生活	介護を行	う場合	うのみ		4未			『支援区分の□ 5未満	平均値 5じ	J.上
ı	前年度の		サービ	ごス単化	立1						
ı	削平度(実利用者			ごス単位							
			サービ	ズ単位	立3						
		- LI=	前	年度の	平均	サービス単位					
	施設入所	斤 支援		引用者数		サービス単位				ļ	
						サービス単位	3				
設	備基準上	の数値	記載項	目等				土 淮	 上の必要値	ļ	
		1室(の最大な	完員				人	<u>エの必要値</u> 人以下		
	居室				の最小床			m	m ²		
		廊下		<i></i>		уш ју		m	m		
	廊下		下の幅	<u> </u>				m	m		
B	既存施設	からの移	好の均	易合				-			
		既存	字施設名								
			設種別								
			過措置			有	無				
	特	定旧法	受給者	数(人	,)						
実施.				易合は、		の実施について定	めてある条例等	第	条第	項第	号
		人所の実	.施		有 '	- 無					
王	な掲示事	項									
	営業日				ļ						
	営業時間	1]									
	利用料										
	その他の										
	通常の事	『業の実	施地垣	į.							
i	その他										

- 備考 1 「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 「昼間実施サービスの種類」欄は、実施するサービスについて、該当欄に〇を記入してください。
 - 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 既存の障害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場合には、「経過措置」欄の「有」にOをつけてください。
 - 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」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。

枚中 枚目

												17.1.		1/2 1/2
施記	没名													
施記	投障害福祉:	サービスの種類				従	業者	雪の :	職種	• 員	数			
Ι	生活介謹(-	 サービス単位)	#-	-ビス		-4				看護	職員			
		東(機能訓練)		責任者	(多	師	슫	·計	保	健師	看	 護師	准看	護師
	自立訓紹	陳(生活訓練)	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
		常勤(人)												
	従業者数	非常勤(人)												
	常勤換算	運後の人数(人)				<u>. </u>						<u> </u>		
	基準上の)必要人数(人)												
l '						理学療	法士等							
				計	理学:	療法士	r	療法士	機能訓	練指導員	生活	支援員	その他の	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
		 常勤(人)	-, ,,-	2.10110.323	., ,,,		-, ,,	7.10110323	-, ,,,,	7.10110 223	-, ,,,,,,	7.10110323	-, ,,,,	7.10/10/20
	従業者数	非常勤(人)												
	常勤換算	運後の人数(人)										I		I.
)必要人数(人)												
п			#-	-ビス										
		'移行支援	-	責任者	職業	指導員	就労	支援員						
		'継続支援	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	1					
		常勤(人)	1,7 1/2	71,711,723	1, 1/2	71(5)(10)353	13 1/2	71 (71)	1					
	従業者数	非常勤(人)							1					
	常勤換算	運後の人数(人)							1					
)必要人数(人)							1					
l '					生活	———— 支援員								
				計	,	所	討	問	その他	の従業者				
			専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務				
		常勤(人)												
	従業者数	非常勤(人)												
	常勤換第	『後の人数(人)												
)必要人数(人)												
Ш	施設	: :入所支援	サービス	管理責任者	生活	支援員	栄	 養士	その他	の従業者				
		ごス単位)	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務				
	沙 ** ** **-	常勤(人)												
	従業者数	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害福祉サービスごと(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害福祉サービス名に○をつけてください。
 - 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下さい。
 - 4 「※兼務」欄は、2以上の障害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8 自立訓練(機能訓練)事業所の指定に係る記載事項

※1 多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表14を併せて提出してください。 ※2 従たる事業所のある場合は、付表8-2を併せて提出してください。

	フリ:	ガナ														
施	名	称														
/" [_]			(郵便	番号)									
設	所名	宇地	_,_,	-												
н^	••••															
	連糸	& 先	電話	番号					FAX	番号						
\vdash		ガナ	70 41	F4 3					(郵便番号	, г.,)				
							住	所	(1) (2)							
管	氏	名					, <u> </u>	///								
理	当該	白立訓	練事業	所で兼	・務する・	他の職	種(兼剤	冬の場合	合のみ記入)	1						
者					事業所			707-936	J 0707 BD7 17							
-	他の事業者と	・ 悪所メ の 華	(は他設 (が信令	兼務す	トス晩れ	舌乃									
	記入)	いっへいい	· Kryk)	ノ <i>マ</i> の ロ	び勤務											
宇族主		トハ北田	14であえ	Z 坦숙년				ヽケ 宍 カ)てある条例等	Γ		第	条	第 項第	号	
大心工			実施 σ.		., ⊐ ø		・ 打		てめる木です			יוצ	~ .	ਸ <i>"</i> ਖ਼ਨਾ	7	
サーヒ		サ来の		アカポ		, r	3 7	**		(郵便	张 层	_)		
									住 所	ハカル	∃ つ			,		
管理責	社由	氏	名						14 //1							
Ι,	V 3H4 +4	~ TAN TA	w		サービ	ス管理	責任者	看	護職員	理:	学療法	±	作	業療法士	機能	訓練指導員
1	芷 葉石	の職権	重•員数	Į	専従		務	専従	兼務	専従		務	専従	兼務	専従	兼務
	مالد ۱۹۰	-1- 41	常勤	(人)	1, ,, ,,			13 112		13 II ~			', "~	*******	1,,,,,,	
	従業	者数	非常勤		\vdash										+ +	
	堂勤排	负質後	の人数		$\vdash \vdash$					H					+	
			要人数													
'	坐十-	上いた	女ハ»	X () \ /	生	活支援	<u> </u>	重方	問支援員	その!	他の従	業者				
					専従		務	専従	兼務	専従		. 未日 務	ł			
l			常勤	/ I)	守化	AK.	伤	守化	本 力	守化	AK.	伤	ł			
	従業	者数	予到 非常勤		$\vdash \vdash \vdash$					\vdash			ļ			
	***	五ケ纵			igwdow		$\overline{}$			\vdash			ļ			
			の人数													
<u> </u>			要人数													
削午			用者数 1.15	(人)	Ь—											
		·揭示	事 填		<u> </u>											
	営業F				<u> </u>											
	営業時	寺間 一								41	+ - 					
					特定	無し			r========	身体随		NZ				
						,,,,,	細分	無し	肢体不自由	視見阿	草がい	聴見	・言語	内部障がし	1	
	,	主たる	対象者	<u>′</u>											_	
			,,,,,,	•	難病等	対象者	知的肾	音宝者	精神障害者							
					χμ// 1 ч	7137 1	VH H J	+ 11 11	111174 D D							
	利用足				<u> </u>		人									
	基準」	E の必	要定員	Į			人									
	利用米	tel														
	ተリ/፲፲ ጥ	* 														
		也の費														
	通常0	り事業	の実施	地域												
					第三章		の実施	近状況	している・	してし	ない					
	その化	也参考。	となる	事項			の措置		窓口(連絡先)			担当者				
						その	D他									
	協力	医療	幾関		名					主な	診療	科名				
3			の有無	#						有	•	無				
			運営す		 					.,		7111				
		他の事														
					登記事	項証明	書又は	条例等	F、事業所平面	図、経歴	胚書、道	運営規 和	呈、利用	者からの苦情	青を解決 つ	するために講
	溕	5付書類	頣			置の概	要、勤	務体制	形態一覧表、	設備∙仮	⋕品等−	一覧表、	、協力图	・療機関との	契約内容	がわかるも
					の											

- 備考 1 「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「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、准看護師のことを言います。
 - 4 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
 - 5 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
 - 6 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
 - 7 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、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。
 - 10 共生型サービスの場合、職種は適宜修正して記載してください。

付表8-2 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14を併せて提出してください。

	フリガナ													
施	名 称													
		(郵便番号		_)									
設	所在地													
н^														
	連絡先	電話番号					FAX	番号						
実施主		はなである場合に	<u>l</u> t. 当該事	事業の事	産施につ	いて定め		, , ,		第	条領	東 項第	号	
		実施の有無	~ ~ ~ ~		三 · ;		7 (0) 0 (1) 1 1			713	7/\7	13 -72/13		
サーヒ		ガナ		- 1	<u> </u>	IIX		(郵便	番号	_)		
	± /~ +/						住 所		m - 7			,		
日生月	・	名												
,	V 44 + A D T + D T		サービ	ス管理	責任者	看	護職員	理:	学療法	. ±	作	業療法士	機能	訓練指導員
1	従業者の職権	連•貝釵	専従		務	専従	兼務	専従		務	専従	兼務	専従	兼務
		常勤(人)	1, 1/2	711	. ,,,,	1, 1/0	P114 323	1, 1/2		,,,	1, 1/2	F114 323	1,7 1/2	VII 4 323
	従業者数	非常勤(人)												
	堂 勤換質後	の人数(人)											+	
		要人数(人)												
		女八奴(八)	生	活支援	三日	量七	問支援員	マのん	也の従	- 坐 - 之				
				-	· ·務		兼務			. 未日 務	1			
		常勤(人)	専従	ホ	仍	専従	来伤	専従	ボ	伤	1			
	従業者数										1			
		非常勤(人)												
		の人数(人)												
.,,		要人数(人)												
前年	度の平均利													
	主な掲示	事項												
	営業日													
	営業時間													
			特定	· 4111 I				身体障					_]	
			付化	無し	細分	無し	肢体不自由	視覚障	章がい	聴覚	・言語	内部障がし	. \	
	++- Z	対象者												
	土だる	刈水石	##.j= '\$	公会 之	40 AA B	中土	/生力/2÷中土				•		_	
			難 柄寺	刈豕石	게 바기	早吉石	精神障害者							
								1						
	利用定員				人									
	基準上の必	要定員			人									
		2,2,1												
	利用料													
	その他の費	B												
		の実施地域												
	歴 市 の 手 木	沙天心地线		多可用	の宝は	514:12	している・	1 71	17:11					
	その他参考	しかる事情			の措置		窓口(連絡先)	ı	٠,٣٠,	担当者	г			
	ての他参考	こなる事項	古旧			恢安	芯口(建裕元/			担ヨ有				
	力士医康	+ 446 日日	l h		の他			→ +	-5.A.=	(1 <i>L</i> 7				
	協力医療		名	称				土々	診療	件名				
	B機能型実施													
_	体的に管理													
	その他の事	₹//	-											
	T/I=	····					等、事業所平同							
	添付書	類) 概要、	勤務体	:制・形態一覧	表、設備	崩∙備品	等一覧	表、協	刀医療機関	との契約	内容がわか
			るもの											

- 備考 1 「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「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、准看護師のことを言います。
 - 4 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
 - 5 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
 - 6 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
 - 7 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、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 共生型サービスの場合、職種は適宜修正して記載してください。

付表9 自立訓練(生活訓練)事業所の指定に係る記載事項

※1 多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表14を併せて提出してください。 ※2 従たる事業所のある場合は、付表9-2を併せて提出してください。

	フリガナ														
施	名 称														
		(郵便番号	-	-)										
設	所在地														
	連絡先	電話番号					/TR/T == D		FAX番	号					
	フリガナ				12	=-	(郵便番号	-	–)						
	氏 名				住	PJT									
管理	W=+ + + ===	<u> </u> 	マケーナフル	- O 11th 1	チ / ** マ	タ カ 田	Λ <i>α τι =</i> 7.7.\								
理 者		練事業所で兼				労の場	台のみ記人)								
	他の事業所及	スは施設の従	争未加	守りて	らか まな										
	来有 Cの 水砂 記入)	(兼務の場合	飛伤9/												
宝施主		体である場合は				\て定∦	である冬例等				第 条第	項第	号		
大心工		実施の有無	× 304		· 無		てのる木川寺	宿泊	型事業の		***	-7,7,7		与 • 無	<u> </u>
サービ		ガナ		- 13				11171	<u> </u>	(郵便番		- ')	3 ///	`
管理責		名						住 所			=				
	- 二 - 戊	白	T		•					<u> </u>		1			
í	 業者の職和	重•員数	サービス				活支援員		護職員		『支援員		8行支援員		也の従業者
			専従	兼	勞	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)	\vdash							+		\vdash			
		非常勤(人)								+					
		の人数(人)													
前左	基準上の必 度の平均利:	要人数(人)													
刊十	及の平均利	用有数(人)	1室の鼠	2 大 宁	7日								人		人以下
居室	図(宿泊型実)	施の場合)	入所者)最小	庆								スルド mi
	主な掲示	事項	NIN'E	17(0)	7270	7月又17	水田 根								
	営業日	T'X													
	営業時間														
			#± == 4=					身体障	害者						
			特定無 	#U -	細分	無し	肢体不自由	視覚障	がい 聴覚	・言語	内部障がい	1			
	主たる対象	去													
	丁/この〉』 ≫	Ħ	難病等分	 	细的限	宇老	精神障害者								
			жинячти.	, who	VH H J -		111111111111111111111111111111111111111								
	NEC -														
	利用定員	布中昌			<u> </u>										
	基準上の必	安正貝			人										
	利用料														
	その他の費	用													
		の実施地域													
		. , , , , , , , , , , , , ,	第三者	評価の	の実施	状況	L	ている	・していた	よい					
	その他参考	となる事項	苦情角				窓口(連絡先)				担当者				
				その	他							•			
	協力医療	継 関	名 7	床						± †î	診療科名				
	加力工厂	120121	14 1	1.1.						1 6	ווי רויאו עוו				
,	ᆲ														
3	B機能型実施	也の有無													
	法协 1. 经理	電尚す7													
_	体的に管理 その他の事														
	この心のす	· 本1/1		F=+		A 1=1.2-1	- + 44		www	4 0 * 10 * 1	* 1. >	h===1	L71. U	15 -> 111 m	- m = "
	添付書	類					F、事業所平面 備品等一覧表						するために講	ずる措置	の概要、勤
					,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	AP 4 111.13						,			
備考	1 「 其 淮 上	の必要人数	「其淮 F	· Mil	要值ī	「其進	上の必要定	当 1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、准看護師のことを言います。
 - 4 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
 - 5「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
 - 6 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
 - 7 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、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 共生型サービスの場合、職種は適宜修正して記載してください。

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14を併せて提出してください。

	フリカ	げナ																		
施	名	称																		
			(郵便	番号		_)													
設	所在	地																		
	連絡	先	電話	番号						F	AX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	ついて定る	かてある定	<u>款•寄附</u> ?	為等又は条例等					第	条第	項第	号			
	訪問事						i •			宿泊	白型事業	業の実	€施の4	有無				有	• 角	Ħ.
サーヒ	ごス	フリ	ガナ										(郵便	番号	_	-)			
管理責	责任者 [┗]	氏	D							住 所										
	\	尺	石																	
	従業者(の職種	重. 昌数	7			責任者		活支援員	看	護職員			問支打			移行支			也の従業者
	元未 省(ジノ 49 & 13	E 只刃		専従	兼	務	専従	兼務	専従	兼	務	専従	秉	東務	専従	兼	務	専従	兼務
	従業	老粉	常勤																	
			非常勤																	
	常勤換																			
	基準上	の必	要人数	(人)																
前年	度の平	均利月	用者数	(人)																
	主な	揭示	事項																	
	営業日																			
	営業時	間																		
					#± 亡	Arr. I				身体	章害者									
					特定	無し	細分	·無し	肢体不自由	視覚	章がい	聴覚	・言語	内部	障がい	1				
	++ 7	\ ##=	1 2													1				
	主たる	刈豕1	白		## ,== ^*	ᆚᄼᅩᅩ	<u>ተ</u> በ ሰሎ በ፡	中土	精神障害者							•				
					難汭寺	刈豕石	知即	早舌白	有种牌音 有											
										1										
	利用定]員					人													
	基準上	の必	要定員	Į			人													
	11 m //																			
	利用料	ł																		
	その他	の費	用																	
	通常の	事業	の実施	地域																
					第三章	 皆評価	の実施	地状況	L	ている	· L	ていな	い							
	その他	参考。	となる	事項			D措置		窓口(連絡先)						担当者					
							D他	.,,,,,												
	協力	医療	幾関		名	称							主な	診療	科名					
2	5機能型			#																
	体的に																			
	その化																			
					·			: :		:-		T. W. I				£ /. h= : :			12 - 1	las
	添	付書類	領														そするた	めに講	ずる措	置の概要、勤
					7分14市	*	一頁表	、設傭"	備品等一覧表	5、肠刀	达 撩機	剣との	突利内:	谷かれ	つかるもの	<i>)</i>				
1111.					F 44 144		1	F 44 14	: L の 2 垂亡	. — 100		= +6 .	,							

- 備考 1 「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「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、准看護師のことを言います。
 - 4 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
 - 5 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
 - 6 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
 - 7 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、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 共生型サービスの場合、職種は適宜修正して記載してください。

付表10 就労移行支援事業の指定に係る記載事項

※1 多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表14を併せて提出してください。

Ж2	従たる事	業所のあ	る場合は.	、付表10	-2を併せて	て提出して	てください。

(投型 取得型)										
	フリ	ガナ	NI) I												
施	名	称	 												
,,,,			(郵便番	·号	_)									
設	所名	生地		-											
	連糸	各先	電話	番号						FAX	X番号				
	フリ:	ガナ							(郵便番	号	_)			
	_					-	住	所							
管 理	氏	名													
者			1		事業所等	の名称			l						
			施設の従				び勤務時								
	の兼務は	来務の な	易合記入)		間等		5 20100-1	-							
実施主体	- 本が地方公	共団体で	ある場合に	よ、当該事	業の実施に	こついて』	Eめてある:	———— 定条例等			第	条第	項第	号	
サービス	ζ	フリ	ガナ								(郵便番号	릉	-)		
管理責何	迁者	Ff.	名						住	所					
			Н		1	管理者		++	<u> </u> ごス管理』	ま 仁 夬	B:	哉業指導	8	Н	 E活支援員
	従業者	者の職種	•員数		専従		兼務	専従		東路 東務	専従		東 兼務	専従	※兼務
			常勤	1()	守化	**	木 7カ	守化	~7	下 1カ	守化	76.7	木 (力	守促	76 AR 173
	従業	者数		動(人)											
	常常	勒換算後	P1 -11-2						l						
	常勤換算後の人数(人) 基準上の必要人数(人)														
	基準上の必要人数(人)				京	大労支援.	 員	その	つ他の従業	業者					
					専従		兼務	専従	※ 兼	東務	1				
	公 **	者数	常勤	(人)							1				
	100未	有奴	非常勤	勧(人)							1				
	常	勤換算後	の人数(人)											
			要人数(
	前年度の			.)											
		な掲示事	項												
	利用定員						<u> </u>								
	基準上0	の必要定	貝			,	人 T				白仕	* + +			
					特定	!無し	細公	無し	時休る	下自由	月1年	章害者 章がい	聴覚・	書話	内部障がい
							小川ノリ	 	7人14	<u>г н ш</u>	1九兄!	年70.0・	心兄		いる自動者がです
	主たる対	 象者			###		6-460	***	d+ 1.1 m	÷ + +					
					難病等	対象者	知的原	章害者	精神障	草害者					
	利用料														
	その他の)費用											1		
	7 - 11 -	A	·				の実施状				・していた	よい	1		
	その他参	参考となる	争項		一		の措置概	要	窓口(選	里絡先)			担当者		
	<u></u>	上 医康地	k 88		Ø		の他 T				1 +	<i>+</i> >=◇.je= ≤>	1.27		
	الله الله الله الله الله الله الله الله	力医療機	取(美)		石	称	<u> </u>				_ ±	な診療科	冶		
	提携	就労支援	機関												
		性型実施													
		に管理選													
	70,)他の事	未川												
	添付書類										は規程、利用 を機関との				に講ずる措置の概

- - 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 「※兼務」欄は、他の障害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 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
 - 7 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
 - 8「提携就労支援機関」欄には、就労支援ネットワーク名及びネットワーク内の就労支援機関名を記載してください。

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14を併せて提出してください。

	フリガナ	-	(*									
施	名 称												
			(郵便番号)							
設	所在地	1		•••	····								
									-				
	連絡先		電話番号						〈番号				
実施主体	≰が地方公共団	∄体であ	ある場合は、当該事		_				第	条第	項第	号	
	従業者の頃	職種•	- 昌数		管理者			ス管理責任者		業指導			活支援員
	M. A. II	49 V :1- T		専従	※ ∌	兼務	専従	※兼務	専従	※ ₹	兼務	専従	※兼務
	 従業者数	Est	常勤(人)	\sqcup			<u> </u> '	<u> </u>	<u> </u>			<u> </u>	<u> </u>
			非常勤(人)	igsquare			<u> </u>	<u> </u>	$ldsymbol{f eta}$			<u> </u>	<u> </u>
			0人数(人)						<u> </u>			<u> </u>	
	基準上0	の必要	更人数(人)	+1			يبا						
			1		労支援		_	他の従業者]				ļ
				専従		兼務	専従	※兼務]				ļ
	人 従業者数	数	常勤(人)	igwdot			 '		1				ļ
			非常勤(人)	igwdow			<u> </u> '		1				ļ
			0人数(人)	<u> </u>			Ц		1				ļ
-14			更人数(人)										!
前年	年度の平均			<u> </u>									
	主な掲	示事」	項	<u> </u>									
	利用定員			<u> </u>		<u> </u>							
	基準上の必	必要 定	2員			人							
	1		1	特定	無し	/m /	·		身体障		7		T . Ind 181
l	1		1	<u> </u>	///-	細分	}無し	肢体不自由	視覚障	章がい		・言語	内部障がい
	主たる対象	食者	1	<u> </u>	'				├ ──				
	1		1	難病等	対象者	知的『	障害者	精神障害者					
	1		1						1				
				 				I					
	利用料		ı	1									
	その他の費	 専用											
l		~		第三	者評価	の実施	i状況	している・	してい	ない			
	その他参考	斉とな	る事項			の措置機		窓口(連絡先)		<u> </u>	担当者	·	
		-				<u> </u>	7.2.				<i>i</i> —		
	協力医	療機	関	名		<u> </u>			主力	な診療科	<u></u> 4名	$\overline{}$	
	多機能型実				''					/ Hr	<u> </u>		
	一体的に管	理運	営する					-					
	その他の	ひ事業	訓	<u> </u>									
	添付			ずる措置			業所平面図、経歴 制・形態一覧表、						

- 備考 1 「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「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 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
 - 4 「※兼務」欄は、短期入所事業以外との兼務を行う職員について記載してください。
 - 5 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
 - 6 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

付表11 就労継続支援事業の指定に係る記載事項

※1 多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表14を併せて提出してください。 ※2 従たる事業所のある場合は、付表11-2を併せて提出してください。

就労継続支援(A型) 就労継続支援(B型)

※いずれかにOを付してください。

	フリ		_													
施	名	称														
			(郵便番	号)										_
設	所名	主地														
	連糸	各先	電話	番号						FAX	X番号					
	フリ			-	1				(郵便番)				
	- /	/3 /					仕	所	一田人田・	כי		,				
管	氏	名					生	ונת								
理																
者	小の声*		たまれる谷	** ** L	事業所等	₹の名称										
	他の事まの兼務(施設の従	未白と	兼務する	職種及7	び勤務時									
	の水が	木がりた	ロルハ		間等											
実施主体	★が地方な	・共団体で	ある場合	は、当該	事業の実施	近について	定めてある	る条例等			第	条第	項第	号		
サービス			ガナ								(郵便番号		= :			
管理責任	· L 者		 名						住	所						
1 2/01		戊	冶													
	分坐	者の職種	. 吕 粉			管理者		サーヒ	ごス管理責	任者	聆	は業指導.	員	4	活支援	員
	ル木	ロッカル	只奴		専従	X 5	兼務	専従	※ 兼	養務	専従	×	兼務	専従	×,	東務
	⟨₩ ₩	マ***	常勤	(人)												
	1 () ()	者数	非常勤)(人)												
	常	勤換算後	の人数(.	人)												
	基	準上の必	要人数(.	人)												
'				-	70	つ他の従	業者				•					
					専従		兼務									
			常勤	()	47 I/C	71(7	114.323									
	従業	者数	非常勤			 										
	一	計協質多	<u>チャラ</u> の人数(.					-								
			要人数(.													
F			者数(人)												
		な掲示事	- 坦													
	利用定員															
	基準上0)必要定	<u>員 </u>			人										
					特完	無し					身体區					
					19 70	, M. O	細分	無し	肢体不	自由	視覚障	章がい	聴覚	・言語	内部	章がい
	主たる対	多 者														
	/ U/.	ж п			難病等	対象者	知的原	章害者	精神障	害者						
					XE77 1		7.H H 3/-		1101111-							
	利用料															
	4.371344															
	その他の	費用														
					第	三者評価	の実施状		して	いる・	していな	い				
	その他参	考となる	事項		吉	情解決の	の措置概要	要	窓口(連	[絡先]			担当者			
						そ(の他									
	協	力医療機	製		名	称					主	な診療科	.名			
		型実施										0.42 //(1		l		
		に管理運				-										
		他の事														
					※定款. ?		等及び登記	事項証明	書又は条例	川等、事等		経歴書.	運営規程.	利用者か	らの苦情	を解決す
		添付書類	Ī		るために	講ずる措置		勤務体制・			備品等一覧					

- 備考 1 「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「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 「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 「※兼務」欄は、他の障害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 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
 - 7 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

付表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14を併せて提出してください。

	フリガナ												
施	名 称												
		(郵便番号	_)								
設	所在地												
	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	匠について	定めてあ	る条例等			第	条第	項第	号	
	(2 ** **	*-		管理者		サービ	ス管理責	任者	職	業指導	員	生	活支援員
	従業者の職種	₫•貝剱	専従		東務	専従	※兼	務	専従		東務	専従	※兼務
	\\ \\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\	常勤(人)											
	従業者数	非常勤(人)											
	常勤換算後	の人数(人)	·										
	基準上の必												
'			就	労支援	員	その	他の従業	者					
			専従		東務	専従	※兼	務					
	/3/ alle +/ ale	常勤(人)											
	従業者数	非常勤(人)											
	常勤換算後		i										
	基準上の必												
前年	年度の平均利用	月者数(人)											
	主な掲示事	項											
	利用定員				人								
	基準上の必要	定員			人								
			特定	· 4 ш. I					身体障	害者			
			付化	無し	細分	無し	肢体不同	自由	視覚障	章がい	聴覚	言語	内部障がい
	主たる対象者												
	土たる外外有		難病等	対象者	40 白勺 『	章害者	精神障害	主去					
			XE/F3 ()	77381	VHHJ	+	1H IT I						
	利用料												
	その他の費用												
					の実施				してい	ない			
	その他参考とな	はる事項	晋作		の措置概	数要	窓口(連約	俗先)			担当者		
					D他							1	
	協力医療構		名	称					主な	診療科	4名		
	多機能型実施												
•	ー体的に管理選 その他の事	/ _											
	添付書類	頁	からのき	告情を解	決するた	めに講る		概要、	勤務体制	·形態-	-覧表、	設備•備	営規程、利用者 品等一覧表、協

- 備考 1 「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「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 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
 - 4「※兼務」欄は、短期入所事業以外との兼務を行う職員について記載してください。
 - 5 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
 - 6 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

付表12 就労定着支援事業の指定に係る記載事項

指	フリス	ガナ													
す定	名	称													
する事業所			(郵便番	号	_)									
事足	=c.≠	- 14													
業上	所名	L地													
所ら															
غ	連系	各先	電話	番号						FAX	番号				
	フリ														
既 指	名	称							·						
定	н	1131	(郵便番	무	_)									
事	所名	⊏ t ath	(1)(E)	- 5		,									
業	בר ולת	다면													
所	-1L 12 =	の手歩													
	サービス								1						
	フリカ	ガナ							(郵便番号		_)			
							住	所							
管	氏	名													
理 者					事業所等	の夕折									
白	他の事業	所又はか	施設の従	業者と			¢#1. 76τπ+								
	の兼務(兼務する	職理及()								
					間等				T			A 44	-T-65	_	
				は、当該	事業の実施	記について	定めてある	る条例等			第	条第	項第	号	
サービス	L	フリ:	ガナ						/ - -r		(郵便番号	_	- :)	
管理責任	E者	氏	名						住所						
						管理者		#	<u>.</u> ごス管理責任	C *	计计	定着支持	平 吕	Zo	他の従業者
	従業者	皆の職種	•員数		+ 24		# 34							L .	
			٠ + + ١	. / 1 >	専従	X 3	兼務	専従	※兼剤	fi	専従	**3	東務	専従	※兼務
	従業	者数		(人)											
				動(人)											
			の人数(
			要人数(
Ē	前年度の	平均利用	者数(人)											
一体的に選	〖営する事業	所の前年原	度の平均利用	用者数(人)											
	主	な掲示事	項												
	営業日														
	営業時間]													
					4+ -	/m I					身体障	害者			
					特定	無し	細分	 ·無し	肢体不自	由	視覚障		聴覚	·言語	内部障がい
	- 1 7 LI	A +													
	主たる対	家百			***	11 A +v	6= 46 B	+ 		- +v					
					難病等	对家百	知的随	早吉石	精神障害	百					
	7.1 P. 201				İ										
	利用料														
	その他の	書田													
	通常の事		出は												
	通市の手	***大心*	-U-%		++	桂椒油 /	の性器性で	# 5	农口 / 油丝	女生\			中小子		
	その他参	考となる	事項				の措置概要	女	窓口(連絡	って)			担当者	l	
						てり	の他								
		エムキャ	=		登記事項	証明書又	は条例等、	事業所平	面図、経歴書	、運営規	見程、利用:	者からの	苦情を解え	快するためロ	こ講ずる措置の概
	7	添付書類	ŧ		要、勤務体					,					

- 備考 1 「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「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 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
 - 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 「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。
 - 6 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。 なお、一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付してください。
 - 7 事業所指定を受ける一体的に運営する事業所の過去3年の一般就労の移行実績が分かる書類を添付してください。

一般就労移行実績

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

	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年間において、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。
- 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. 申請日の属する日から遡って過去3年間において、一般就労移行者数が3人以上いる場合は指定要件を満たすことになる。
- 注4. 適宜、欄は追加してください。

付表13 自立生活援助事業の指定に係る記載事項

上指	フリ:	ガナ													
とする事業所指定を受けよう	名	称													
るを			(郵便番	号	_)									
事定	所名	E地													
業分															
所う	連糸	各先	雷話	番号						FAX	番号				
	フリ		75111	ш	1					.,,		いずれぇ	かを○で[囲んでくた	さい。
既	名	称								陪宝は	記むサービ			支援施設	相談支援
指	711	1/1/	(郵便番	문)				件口1	#1III 7 C	.^	件日日	又1及100以	1口0人人1人
生	所名	- +4h	(五)区田	-5		,									
定事業	ולו ולו	L吧													
所	* =	- 年北													
	サービス														
	フリ:	ガナ							(郵便番	号	_)			
							住	所							
管	氏	名													***************************************
理	11/ =4	- 	ᄯᄪᄜᆂ	#=r-=	- 35 - 7 114	の 助ぼ /	大 次 の 坦	A	17\						
者	ヨ診	(日立王)	古抜助争:	未川でオ	務する他		来 務 の 場	古のみ記	5人)						
	他の事業	まません はま	施設の従	業者と	事業所等										
	の兼務(ж н с		職種及7	び勤務時								
					間等										
				は、当該	事業の実施	匠について	定めてあ	る条例等			第	条第	項第	号	
サービス		フリ	ガナ								(郵便番号	; -	- :)	
管理責任	£者	氏.	名						住	叶					
					1	管理者		- 44 (<u> </u> ごス管理員	ニケエ	±4-±-	生活支持	亚昌	7.0	ルの公米本
	従業者	皆の職種	•員数		主公		# 3/4							_)他の従業者
			A4.#1	(1)	専従	***	兼務	専従	※ 第	大 分	専従	***	東務	専従	※兼務
	従業	者数	常勤												
	111		非常勤												
			の人数(
			要人数(.												
Ī	前年度の)											
		な掲示事	項												
	営業日														
	営業時間	1													
					特定	4111					身体障	害者			
					1976	. C	細分	無し	肢体7	自由	視覚障	きがい	聴覚	・言語	内部障がい
	主たる対	·													
	エルーのハ	м п			難病等	计多者	40 60 6	章害者	精神阻	宝老					
					XE /P1 1/	7138 11	NH H J	+ ப ப	11011111-	- н н					
	利用料														
	13713-11														
	その他の														
	通常の事	業実施均	也域												
	スの供名	+ ナナンフ	車佰		芒	情解決の	の措置概	要	窓口(連	終先)			担当者		
	ての他多	考となる	尹垻			その	の他								
					24 = 1 ± - T		LATINA	± # = r =	#-	- A		+ 1. > -	++++ / 77 \	L_L_7 L	_=#_12 7 1# 99 & 100
	添付書類					証明書又 本制・形態		争耒肵半	山凶、 栓歴	: 青、連宮	祝程、利用	有かりの	古情を解え	たり るため	に講ずる措置の概
//w] El XX					~ \ = 1117/11	//> //	56.20								

- - 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 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「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。
 - 6 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。 なお、一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付してください。

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

	フリガ・															
-	名	称														
事 業			(郵便番	号	-	_)									
兼所	所在₺	地														
PJT		_														
	連絡	失	電話	釆早	I						T	ΕΛΥ	(番号			
(注) 夕					· ナル -	T 1881 - =	1#++フ	- 1.				1 ///	田力			
(注)多	機能型によ		の争未り	がに フし	, (19,	ト個「一司	こ戦りつ	_C ₀								
	フリガ															
事	名	称														
業			(郵便番	号	-	_)									
所	所在 ^b	地														
2		ľ														
	連絡	先	電話	番号							I	FAX	(番号			
	フリガ		-6111	щ	l							.,,,,	.ш. 3			
		称														
事	10 /	<i>የ</i> ሳ/ኑ	/ £0 la 3													
業			(郵便番	亏	_	_)									
所	所在₺	地														
3																
	連絡	先	電話	番号								FAX	(番号			
	フリガ・	ナ											•			
事		称														
業		•	(郵便番	号	_)									
所	所在均	luh	(1)				,									
4	アリ1エリ	FEE														
_	>=	45	= =													
	連絡		電話	番号								FAX	(番号			
	フリガ・															
事	名	称														
業			(郵便番	号	-	_)									
所	·															
5																
	連絡	先	電話	番号 しゅうしん	I							FΔX	(番号			
	フリガ		HEIL	田力						(郵便:	<u>-</u>)			
	2.773	_					ŀ	<i>1</i> ÷	=c	(型)反	田力		,			
管	氏名							1土	所							
理					I											
者	同一敷地	内の他	也の事業		事業所											
	又は施設				兼務す											
	(兼務の場	易合記	入)		及び勤	的務時間	等									
					- 1					身体障害者				難病等対象者	知的障害者	精神障害者
	対象とする	障がし	∖の種	#	₹L	細分	·無し	肢 体	不白由	視覚障がい	聴覚・	責語	内部障がい			
類						114473	жо	12211	. п.	100001770	-10.76	шпп	1 3444-70 0	1		
									車業品	<u>.</u> が申告する頃	宇士垤	マムの	1			
	生活介記	護を行	う場合	のみ					尹未乃		2百又版 25未満	<u>کی ارک</u>		N L		
	Ī			- 11/ //			47	卡満		4以1	5木油		ופ	以上		
	前年度の															
	実利用者		<u>サービ</u>	ス単位	2											
	(人)		サービ	ス単位	:3											
				生活	介護	児童	発達	放課後	等デイ				1			
	実施事	業			ス単位		ス単位		ス単位	居宅訪問型	自立		自立訓練	就労移行支援		就労継続支援
	J () ()	. > <		有	無	有	無	有	無	児童発達支援	(機能	訓練)	(生活訓練)	(一般・養成)	(A型)	(B型)
	÷+_;	る事業	ᇛ	Ή	711	H	711	H	7115							
											-					
	征た?	る事業	:PJT										<u> </u>			
定員	員緩和措置	置のを	5 ##	有 ·	- 無											
۸.,	44X1H1DE	_ ~ // F	3 /11/	- 17	7115											
- P	(1)	Δ.	■ ⊥	H III	介護※	旧辛	杂涛	±4-=⊞ <<	等デイ	居宅訪問型	自立	訓練	自立訓練	就労移行支援	就労継続支援	就労継続支援
定員	(人)	合	n i	土石	川哉	元里	発達	以 床体	. 寸	児童発達支援			(生活訓練)	(一般・養成)	(A型)	(B型)
슴	計									i			İ	1	i	
	業所									1			 	 	i	
	カ事業所							 		 	+		 	 	 	
■ マーレノカリし	ッチ未川							1		I .	1		1	1	I .	



Г					従	業者	1 の	職種	•]	員 数						
				ービス	Į.	医師				看護	職員					
			管理	責任者	4	즈베	É	計	保	健師	看	護師	准	 香護師		
			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)														
合	化未有效	非常勤(人)														
計	常勤換算後	の人数(人)														
	基準上の必	要人数(人)														
事	\\ \ \\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\	常勤(人)														
業	従業者数	非常勤(人)														
所	常勤換算後	の人数(人)														
1	基準上の必															
その		常勤(人)														
他	従業者数	非常勤(人)														
の事	常勤換算後															
業	基準上の必															
所	エーエッシ	×/////				理学療	法十等						4 汪	支援員		
			4	計	押学	療法士	promononio.	療法士	機能訓	練指導員	4		r	I 文 版 员 通所		方問
				※兼務	専従	※兼務		※兼務	専従		専従		専従			※兼務
-		告點(1)	守化	水水坊	守化	水水坊	守促	水水坊	守化	水水功	守化	水水坊	守化	水水坊	守化	水水仍
_	従業者数	常勤(人) 非常勤(人)									-					
合計	当出场怎么															
PI	† 常勤換算後 基準上の必															
-																
事	従業者数	常勤(人)														
業		非常勤(人)														
所 1	常勤換算後															
	基準上の必															
その	従業者数	常勤(人)														
他の		非常勤(人)														
事業	常勤換算後	の人数(人)														
所	基準上の必	要人数(人)														
					職業	指導員			就学	支援員	その他	の従業者				
			f	計	右記	记以外	兼	教官	73673	人派兵	(0)	, W K K L				
			専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務				
	位業者数	常勤(人)														
合		非常勤(人)														
計	常勤換算後	の人数(人)														
	基準上の必	要人数(人)														
事	従業者数	常勤(人)														
業	1000未白蚁	非常勤(人)														
所	常勤換算後	の人数(人)														
1	基準上の必															
その		常勤(人)														
の他	従業者数	非常勤(人)							İ							
の事	常勤換算後															
業所	基準上の必															
		ダハ奴 (ハ/ 釆早 「		· 1 44	100 .	, ı == ±1		-//								

- 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 「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、「前年度平均入所者数」欄は推定数を記入してください。
 - 6「※兼務」欄には、本体施設との兼務を行う職員について記載してください。

受付番号	

	フリガナ													
	名 称													
事														
業	/	(郵便番	号	_)									
所	所在地			県					郡∙市					

	\± 40 4	高-13					1			I				
= +6	連絡先	電話		\.t \V =+ 1	声巻につい	アウムアキ	· 7 /2 /		AX番号 左	夕	左 括	44		
美加	直主体が地方公共	天団体で(める場合	おは、当該	争美につい	て定めてめ	o 令 (1		第	条	男 垻	第	号	
	フリガナ 氏名					住所		(型)的	更番号		_)			
	生年月日					生別								
管	当該相談支援	車業売い	- ±\1+ Z	2 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11	重由田呂し	 の	<u> </u>				Ι	 有	• 無	
理者	世の事業所又							\				-	· 無	
			71处未1	白との来り	が(有の場)	古、以下に				I		有	• *	
	事業所の	名称 ———					兼	務す	る職種					
	事業の種	重類						勤務	時間					
従弟	美者の職種・員	数(人)				地	域移	行支	援∙地域♬	を着え	を援に従事す	トる者	首	
						相談支持	爰専門	員			7	の他	,の者	
					専	従		兼	務		専 従		兼	務
		常勤(人	.)											
	ā	非常勤()	人)											
	常勤換	算後のん	人数(人	()										
	他の事業所又	は施設の)従業	者との兼務	係(有の場合	合、別紙に	記載))				有	• 無	
	常時の連絡													
	確保の具体 (地域定着支)											
主	営	業日												
主な場	営業	時間												
掲 示	主たる	対象者		特定無し	• 身体障	害者・	難病等	等対象	象者・ 知	的障	害者 • 精神	車障害	言者 •	障害児
事	その他	の費用												
項	通常の事業	業実施地	.域											
	添付書	類				例等、事業所 D概要、勤務					、利用者又はそ	その家	族からの	苦情を解決

(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、指定障害児相談支援事業所との兼務は除く。
- 4. 「常時の連絡体制」については、営業時間以外の事業所の人員体制(宿直等)や利用者との連絡体制を含め、 具体的に記載してください。
- 5. 「主な掲示事項」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15 別紙 他の事業所又は施設の従事者と兼務する地域移行支援・地域定着支援に従事する者について

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

付表16 就労選択支援事業所の指定等に係る記載事項

管理者 当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入) 世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 〇人員に関する基準の確認に必要な事項 管理者 就労選択支援員 その他の従業者 成業者の職種・員数 常勤(人) 非常勤(人) 非常勤(人) 事従 ※兼務 専従 ※兼務 専従 ※兼務 び業者数 常勤(人) 非常勤(人) 事従 ※兼務 専従 ※兼務 び業者数 非常勤(人) 事従 ※兼務 専従 ※兼務 日本上の必要人数(人) 日本上の必要な事項 日本に関する基準の確認に必要な事項 主な掲示事項 利用定員(人) 日本に関する基準の確認に必要な事項 基準上の必要定員 人 日本に対し、 日本に関する基準の確認に必要な事項 日本に対し、 日本に対し、 日本に対し、 日本に対し、 日本に対し、										
本		フリガナ								
東京		名 称								
連絡先 電話番号	重		(郵便番号)			
連絡先 電話番号	業						,			
連絡先 電話番号 FAX番号 FAX番号 E-Mail TOJJナ	ボーボー	기간병		••••••••••						
E-Mail フリガナ	ולז	\ + 44 +	### F	ı						
田田			電話番号				FAX番号			
### A										
おっぱ	旺	フリガナ								
素所 サービスの種類 フリガナ 生年 氏名 月日 生所 生年 世の事業所又は施設の従業者の兼務(兼務の場合記入) 事業所等の名称 兼務する職種及 が勤務時間等 大野地生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 位業者の職種・員数 管理者 就労選択支援員 その他の従業者 事従 企業者数 第勤(人) ※兼務 専従 ※兼務 企業者数 非常動(人) ※兼務 専従 ※兼務 企業者数 非常動(人) ※兼務 専従 ※兼務 企業者の職種上の必要人数(人) 基準上の必要定員 人 身体障がい者 利用定員(人) 基準上の必要定員 人 身体障がい者 利用を負(人) 基準上の必要定員 人 身体障がい者 利用者の推定数(人) 利用料 その他の費用 通常の事業の実施地域 協力医療機関 名称 主な診療科名	指	名 称								
素所 サービスの種類 フリガナ 生年 氏名 月日 生所 生年 世の事業所又は施設の従業者の兼務(兼務の場合記入) 事業所等の名称 兼務する職種及 が勤務時間等 大野地生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 位業者の職種・員数 管理者 就労選択支援員 その他の従業者 事従 企業者数 第勤(人) ※兼務 専従 ※兼務 企業者数 非常動(人) ※兼務 専従 ※兼務 企業者数 非常動(人) ※兼務 専従 ※兼務 企業者の職種上の必要人数(人) 基準上の必要定員 人 身体障がい者 利用定員(人) 基準上の必要定員 人 身体障がい者 利用を負(人) 基準上の必要定員 人 身体障がい者 利用者の推定数(人) 利用料 その他の費用 通常の事業の実施地域 協力医療機関 名称 主な診療科名	定			(郵便番号		_)			
素所 サービスの種類 フリガナ 生年 氏名 月日 生所 生年 世の事業所又は施設の従業者の兼務(兼務の場合記入) 事業所等の名称 兼務する職種及 が勤務時間等 大野地生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 位業者の職種・員数 管理者 就労選択支援員 その他の従業者 事従 企業者数 第勤(人) ※兼務 専従 ※兼務 企業者数 非常動(人) ※兼務 専従 ※兼務 企業者数 非常動(人) ※兼務 専従 ※兼務 企業者の職種上の必要人数(人) 基準上の必要定員 人 身体障がい者 利用定員(人) 基準上の必要定員 人 身体障がい者 利用を負(人) 基準上の必要定員 人 身体障がい者 利用者の推定数(人) 利用料 その他の費用 通常の事業の実施地域 協力医療機関 名称 主な診療科名	事	所在地								
所 サービスの種類 フリガナ 氏名 生年 月日 年年 月日 年年 月日 年年 月日 年年 月日 年月 日 (世界で表別で表別で表別を表別で表別を表別である条件を表別である。までは表別である条件を表別である。までは表別である条件を表別である。までは表別でする。までは表別でする。までは表別でする。までは表別では表別でする。までは表別でするでは表別でする。までは表別ですでは表別でする。までは表別でする。までは表別でする。までは表別でする。までは表別でする。までは表別でする。までは表別でする。までは表別で	業	771 E-0								
では、	所	#_ビッのキ	舌 米石							
氏名 月日 年月 管理者 当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記人) 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 〇人員に関する基準の確認に必要な事項 従業者の職種・員数 管理者 就労選択支援員 その他の従業者専従 ・設備に関する基準の確認に必要な事項 主な掲示事項 利用定員(人) 基準上の必要定員 特定無し 身体障がい者 特定無し 利用者の推定数 (人)、利用料 その他の費用 通常の事業の実 施地域 以外の障がい者 精神障がい者 開神障がい者 知的障がい者 精神障がい者 精神障がい者 精神障がい者 精神障がい者 精神障がい者 精神障がい者 新神障がい者 ・			里規		1	4- 5-	1			
全国									_	
住所		氏 名				月日		年	月	日
理			(郵便番号		-)			
理	管	住 所								
当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)	理	·								
事業所又は施設の従業者と	者	当該事業所	ー fで兼務する	る他の職種	〔兼務	の場合記	!入)			
世の事業所又は施設の従業者と の兼務(兼務の場合記入)						. ,, ,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	/	<u> </u>		
次無務の場合に入り 次勤務時間等 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 〇人員に関する基準の確認に必要な事項 管理者 就労選択支援員 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 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 東征 第本 第本 表述 表述 表述 表述 表述 表述 表述 表		他の事業所又は施設	の従業者と							
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 〇人員に関する基準の確認に必要な事項 管理者 就労選択支援員 その他の従業者 従業者の職種・員数 常勤(人) ※兼務 専従 ※兼務 専従 ※兼務 専従 ※兼務 専従 ※兼務 事従 ※兼務 専従 ※兼務 事従 ※兼務 専従 ※兼務 事従 ※兼務 専従 ※兼務 事従 ※兼務 専従 ※兼務 事従 ※兼務 事従 ※兼務 専従 ※兼務 事従 ※兼務 申従 ※兼務 申述 ※申述 ※申述 ※申述 ※申述 ※申述 ※申述 》 申述 ※申述 ※申述 ※申述 》 申述 ※申述 》 申述 》 申述 》 申述 》		の兼務(兼務の場合	記入)							
O人員に関する基準の確認に必要な事項 管理者 就労選択支援員 その他の従業者 専従 ※兼務 専従 ※兼務 成業者数 常勤(人) 非常勤(人) 非常勤(人) 非常勤(人) 事従 ※兼務 基準上の必要人数(人) 基準上の必要な事項 主な掲示事項 利用定員(人) 基準上の必要定員 村定無し 身体障がい者 細分無し 肢体不自由 視覚障がい 財用者の推定数(人) 知的障がい者 精神障がい者 利用者の推定数(人) 利用料 その他の費用 通常の事業の実施地域 名称 主な診療科名	⇔ +->		セフ-坦 ク / 土			1 u -	ナナフタかか	hh h	hh +=	<i>t</i> t
(従業者の職種・員数 管理者 就労選択支援員 その他の従業者 専従 ※兼務 専従 ※兼務 成業者数 常前(人) 非常勤(人) 非常勤(人) 非常勤(人) 事 基準上の必要人数(人) 基準上の必要な事項 主な掲示事項 利用定員(人) 身体障がい者 基準上の必要定員 特定無し 場体不自由 視覚障がい 聴覚・言語 内部障が 主たる対象者 知的障がい者 精神障がい者 利用者の推定数(人) 利用料 その他の費用 通常の事業の実施地域 協力医療機関 名称 主な診療科名					夫他につ	いて定めて	しめる余例寺	界 余	弗 埧	弗 亏
専従 ※兼務 専従 ※兼務 専従 ※兼務 専従 ※兼務 専従 ※兼務 一		貝に関する基準の 値	権認に必要?							- as alla :
専促 ※兼務 専従 ※兼務 専従 ※兼務 専従 ※兼務 専従 ※兼務 単位 》 ● (基本) ●		従業者の職種	• 昌数							
作業有数 非常勤(人) 常勤換算上の人数(人) 基準上の必要人数(人)			~ ~ ·	専従	<u></u>	兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
非常動(人)		⟨ ++++++++++++++++++++++++++++++++++++	常勤(人)							
常勤換算上の人数(人) 基準上の必要人数(人)		伙未 白奴	非常勤(人)							
基準上の必要人数(人)		常勤換算上の人								ı
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項 主な掲示事項 利用定員(人) 基準上の必要定員 人 特定無し 場体障がい者 細分無し 肢体不自由 視覚障がい 聴覚・言語 内部障が 主たる対象者 知的障がい者 精神障がい者 利用者の推定数(人) 利用料 その他の費用 通常の事業の実施地域 協力医療機関 名称 主な診療科名										
主な掲示事項 利用定員(人) 基準上の必要定員 人 中定無し 特定無し 身体障がい者 ・ おおりないの表す。 ・ おおりないの表す。 ・ おおりないの表すの表す。 ・ おおりによっています。 ・ おおりないの表すの表す。 ・ おおりによっています。 ・ おおりないの表すの表す。 ・ おおりによっています。 ・ おおりによっています。 ・ まないます。 ・ おおりによっています。 ・ まないます。<	○温☆			一心更かる	包括					
利用定員(人) 基準上の必要定員	() 注:		を 年 ツ 作 祕 !	- 必女は	产快					
基準上の必要定員 人 特定無し 場体障がい者 細分無し 肢体不自由 視覚障がい 聴覚・言語 内部障が 利用者の推定数(人) 利用料 その他の費用 通常の事業の実施地域 協力医療機関 名称 主な診療科名										
特定無し 特定無し 接体不自由 視覚障がい 聴覚・言語 内部障が 注 たる対象者 知的障がい者 精神障がい者 精神障がい者 日本の推定数 (人) 利用料 その他の費用 通常の事業の実施地域 名称 主な診療科名 まな診療科名 日本の診療科名 日本の意味を使用する。 日本の表述は、		利用定貝(人)								
おきまたる対象者 特定無し 一組分無し 一根体不自由 視覚障がい 聴覚・言語 内部障が 利用者の推定数(人) 利用料 その他の費用 通常の事業の実施地域 上まな診療科名 主な診療科名		基準上の必要定員			人					
抽分無し 肢体不自由 視見障がい 聴見・言語 内部障が 主たる対象者				特定無」						
利用者の推定数 (人) 利用料 その他の費用 通常の事業の実施地域 協力医療機関 名称 主な診療科名					細分	う無し	肢体不自由	視覚障がい	聴覚・言語	内部障がい
利用者の推定数 (人) 利用料 その他の費用 通常の事業の実施地域 協力医療機関 名称 主な診療科名		主たる対象者								
利用者の推定数 (人) 利用料 その他の費用 通常の事業の実 施地域 協力医療機関 名称 主な診療科名				難聴等対象者	知的医	章がい者	精神障がい者			
(人) 利用料 その他の費用 通常の事業の実施地域 協力医療機関 名称 主な診療科名										
(人) 利用料 その他の費用 通常の事業の実施地域 協力医療機関 名称 主な診療科名		利田者の堆定数		<u> </u>						
利用料										
その他の費用 通常の事業の実施地域 協力医療機関 名称										
通常の事業の実 施地域 協力医療機関 名称 主な診療科名										
施地域 協力医療機関 名称										
協力医療機関 名称 主な診療科名										
	 	他地球 左床 数明	<i>b</i> 14	I			→ +> =△.j== =	지		
提携就罗文接機関			名称				土仏診療和	<u> </u>		
	提携:	祝 穷 文援機関								

(備考)

- 1. 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。
- 2. 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。
- 3. 「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も記載してください。
- 4. 「主な診療科名」欄には、主な診療科名1つを記載してください。

■協力医療機関

	名称	診療科名	
協力医療機関	名称	診療科名	
	名称	診療科名	

〇添付書類

登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの、就労支援等を証明するもの

様式第1号の2

指定障がい福祉サービス事業者等変更指定申請書

年 月 日

山形県知事 殿

申請者 所在地 名 称 代表者

指定障害福祉サービス事業者(指定障害者支援施設)に係る指定の変更を受けたいので、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37条第1項(第39条第1項)の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

	フ		IJ		ガ		ナ																								
	名						称																								
申請者	主	たる	事務	所	の F	听在		(郵	便都	号			_	-)														
	法。	人では			うそ (の種	別													法ノ	人列	餔	庁								
(設置者	連			絡			先	電	話番	号										FΑ				_							
者	代	表 :	者の	D 耶	戦 •	氏	名	職		名										フ 氏	IJ	ガ	ナ 名								
	代	表	者			住	所	(郵	便都	号			_	-)														
変	フ		IJ		ガ		ナ																								
指定	名						称																								
変更指定を受けようとする事業所	事	業所	(施	設)	のF	听在		(郵	便都	号			_	-)														
らうとも						âい 種		事	業	等(か 開	出始	(予	定) :	年,	月	日									定月		備	考
する。																													\dashv		
業							寸																								
所・																															
施設							\perp																								
設				Te		⊕ :+	- 44 1	- +,	1	- HT 1	- +E:	5 + ·	₩ IJ	L	1,7	抽															
事業	形	f 番	F	ᆌ	ij — (の法	(年)	_ਲੇ	いて	、既	に指え	Eを	支げ	۲.(いる)场	宣												\dashv		

- 備考 1 「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、株式会社等 記載してください。
 - 2 「法人所轄庁」欄には、申請者が主務官庁から認可を受けて設立した法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
 - 3 「同一所在地において行う事業等の種類」欄には、今回申請を行うもの及び既に指定を受けているものに係る事業の種類を記載してください。
 - 4 「事業所番号」欄には、既に指定障害福祉サービス事業者等として山形県の指定を受け、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。複数の様式を有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。

(別紙)

他の法律において既に指定を受けている事業等について

法律の名称	指定年月日	指定事業所番号													
												<u> </u>			<u> </u>
												<u> </u>			<u>i </u>
												<u> </u>	<u>i </u>		<u> </u>
													<u> </u>		<u> </u>
												<u> </u>	<u> </u>		<u> </u>
													<u> </u>		<u> </u>
					<u> </u>						<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>		<u> </u>
												<u> </u>			<u> </u>
					<u> </u>						<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>		<u>i </u>
					<u> </u>						<u> </u>	<u> </u>	<u>i </u>		<u> </u>
													<u> </u>		
															<u> </u>
					į						į	į	į		ĺ
					İ						İ	į	•		Ī
												!	<u> </u>		
													i		
												į			
													į		
												<u> </u>	į		
												ļ	i		
													į		
					į						į	į	į		
													-		
					:						:				
					į						į	İ			i
												!			
										l I			-		
													l		
					i						i	İ	į		ĺ
												İ			
					i						i		i	i	
													_		

様式第2号

指定障がい福祉サービス事業者等申請事項変更届

年 月 日

山形県知事 殿

事業者 住所(所在地)

(設置者) 氏名(名称及び代表者氏名)

次のとおり指定障害福祉サービス事業者(指定障害者支援施設、指定一般相談支援事業者)の指定に係る事項に変更があったので、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)の規定により届け出ます。

事	業	所		*	号	
夕					称	
指定内容を変更した事業所(施設)		在			地	
"	— t	ニ ス	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		(変更	前)			
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						
登記事項証明書(就労継続支援A型事業所に						
6 ては、定款、寄附行為等及びその登記事項証						
書)又は条例等(当該指定に関するものに限る	,)					
7 事業所(施設)の平面図及び設備の概要						
8 事業所(施設)の管理者の氏名及び住所						
事業所のサービス提供責任者・サービス管理 9 者の氏名及び住所	責任					
10 主たる対象者						
11 運営規程						
12 事業所の種別(併設型・空床型の別)		(変更	後)			
13 併設型における利用推定数又は空床型における 該施設の入所者の定員	る当					
14 障害福祉サービスの種類						
15 第三者の事業所の名称及び所在地						
協力医療機関の名称及び診療科名並びに当 16 力医療機関との契約内容	亥協					
関係機関との連携体制、協力体制及び支援体 概要	制の					
18 当該申請に係る事業の開始予定年月日		1				
19 併設する施設がある場合の当該併設施設の概	要					
20 同一敷地内にある入所施設及び病院の概要						
変更年月日						年 月 日
世女 4 本王士2年日の平日にのもはして/かわり		-				

- 備考 1 変更する項目の番号に〇を付してください。
 - 2 変更内容が分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3号

指定障がい福祉サービス事業等再開(廃止・休止)届

年 月 日

山形県知事 殿

事業者 住所(所在地) 氏名(名称及び代表者氏名)

下記のとおり指定障害福祉サービス事業(指定一般相談支援事業)を再開した(廃止・休止する)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2項、第51条の25第1項、第51条の25第2項)の規定により届け出ます。

再開した(廃止・休止する)	事	業	所	番	号						
事業所					称						
	所		在		地						
再開した(廃止・休止する)	年 月	日					年	月	日		
廃止・休止する	理	由									
現に指定障害福祉サービス(指定相語を受けている者に対する措置(廃止・付場合のみ)	淡支援 休止す	-る									
休 止 予 定 期		間			年	月	日	~	年	月	日

- (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 事業の再開に係る届出にあっては、再開の日から10日以内に届け出てください。
 - 3 事業の廃止又は休止に係る届出にあっては、廃止又は休止しようとする日の1月前までに、次に掲げる書類を添付して届け出てください。
 - (1)利用者の移行先等を把握することができるもの

現に指定障害福祉サービス(指定相談支援)を受けている者の氏名、連絡先、受給者証番号及び引き続き当該指定障害福祉サービス(指定相談支援)に相当するサービスの提供を希望する旨の申出の有無並びに引き続き当該指定障害福祉サービス(指定相談支援)に相当するサービスの提供を希望する者に対し、必要な障害福祉サービス(相談支援)を継続的に提供する他の指定障害福祉サービス(指定相談支援)事業者の名称を記載すること。

(2)利用者の希望等を調査するために実施した面談等の対応について記録したもの

様式第3号の2

指定障がい者支援施設指定辞退届

年 月 日

山形県知事 殿

設置者 住所(所在地) 氏名(名称及び代表者氏名)

次のとおり指定障害者支援施設の指定を辞退したいので、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47条の規定により届け出ます。

							事	業	所	番	号					
指	定	をお	辛 退	! す	る	施設	名				称					
							所		在		地					
指	定	を	受	け	た	年	月	日				年	月	日		
指	定	を	辞	退	す・	る年	月	日				年	月	日		
指	定	を	辞	退	す	る	理	由								
	こ施言					首に対										

- (注)指定を辞退する日の3月前までに、次に掲げる書類を添付して申し出てください。
 - 1 利用者の移行先等を把握することができるもの

「現に施設障害福祉サービスを受けている者の氏名、連絡先、受給者証番号及び引き続き当該施設障害福祉サービスに相当するサービスの提供を希望する旨の申出の有無並びに引き続き当該施設障害福祉サービスに相当するサービスの提供を希望する者に対し、必要な施設障害福祉サービスを継続的に提供する他の指定障害者支援施設等の名称を記載すること。

2 利用者の希望等を調査するために実施した面談等の対応について記録したもの

			事業開始届			
開始しようとする			1 障害福祉サービス事業 2	2 -	·般相談支	援事業
事業		100	3 特定相談支援事業	4 移	動支援事	業
	種	類	5 地域活動支援センター経営事			
		ŀ	6 福祉ホーム経営事業	1. 21.0		
	r.					
	内	容				
	氏名又					
経営者	名	称				
, <u> </u>	住所又					
条例、定款その他	所 在	地				
基本約款	別添 1					
職員の職務			職務の内容			職員の定数
				合	計	
主な職員の氏名						
主な職員の経歴	別添 2					
事業を行う区域						
短期入所事業の	名	称				
用に供する施設	種	類				
	所 在	地				
	入所定	員				
事業開始年月日		_	年 月 日	月		
事業を開始します 条第2項の規定によ			者の日常生活及び社会生活を総合 とおり届け出ます。	合的に		うための法律第79
年 月	日					
			事業経営者			
			住所又は所在地			
			氏名又は名称及び			
			代表者の氏名			
山形県知事 殿	Ľ Ž					

- 備考 1 「種類」欄では、開始しようとする事業の番号を〇で囲むこと。 2 「条例、定款その他の基本約款」の写し及び「主な職員の経歴」の資料を添付すること。

	事業変更届											
	事項	真及び変	変更年	月日		変	更	前		変	更	後
	事業の)種類》	及び内	容								
	(,		日)								
変	(法人	の場合の場合	·は、名	称及								
	(年	月	日)								
	条例、 約款	定款	その(也基本								
更	(年	月	日)								
	職員の容	の定数	及び即	職務内								
内	(年	月	日)								
L1	主な『 歴	戦員の	氏名》	及び経								
	(年	月	日)								
容	事業を	を行う	区域									
	(年	月	日)								
	短期之容	入所事	業に位	系る内								
	(年	月	日)								
ſ	莆			考								
障 た事	害者の 項を変	0日常生	生活及	び社会 、同条	生活を約 第3項の	総合的()規定に	に支援 [*] こより、	するための没 上記のとお	法律第79条 り届け出ま	第2項 <す。	の規定	により届け出
		年	月	日								
					事業経営者							
						又は所る						
						又は名和						
	山形県	具知事	殿		代表表	者の氏々	名					

事業廃止 (休止) 届

			氏	名	又	は								
事	業	者	名			称								
尹	未	白	住	所	又	は								
			所	1	E	地								
廃	止	•	休	止	0)	別		序	重止	•	休	止		
廃	止 (休业	=)	予 定	年月	日								
廃	止	(休	止)	の理	由								
現i る		を受り に		スは <i>入</i> ナ る	、所し [*] う 措	てい 置								
休	止	子	,	定	期	間	左	月	Па		左	П		
(休 止	0	場合	こに	限る)	+	Л	Д~		4	月		日
							障害者の より、上					を総合	かに	支援す
		年	月		日									
					事	業経	営者							
						住所	「又は所在	地						
						氏名	又は名称	及び						
						代表	者の氏名							
	山形	県知事	事 展	L Č										

備考 該当する項目を○で囲むこと。

事業所の名称	
業所の名称	
##	備考1 各室の用途及び面積を記載してください。

(参考様式1)

平面図

当該事業所の専用部分と他の事業所等との共用部分がある場合はそれぞれ色分けする等して使用関係を分かり易く表示してください。

Ø

(参考様式2)

設備·備品等一覧表

サービス種類	()
事業所名()

設備の概要	設備基準上適合すべき項目等についての状況	適合の可否
サービス提供上配慮すべき設備の概要		
非常災害設備等		
室名	備品の品目及び数量	

| 申請するサービス種類に関して、基準省令で定められた設備基準上適合すべき項目のうち、「居室面積等一覧表」に記載した項目以外の事項について記載してください。 2 必要に応じて写真等を添付し、その旨を合わせて記載してください。 3 「適合の可否」欄には、何も記載しないでください。

(参考様式3)

○○○経歴書

事	業 所	の名	` 称										
フリ	業 <u>所</u> ガナ												
								生年月日		年	月	日	
氏	名												
住	所	(郵便	更番号	_	-)			-					
雷红	<u> </u>												
电站	番号	<u> </u>				—		' -					
							<u>主な職歴等</u> 勤務先等 職務内容						
	年月~年月									4 取 7 2	的公		
						. = 4 .							
						務に	に関連する		15 - 45	, = =			
			資格の	種類		_		資	格取得	年月日			
備考	(研修	多等の	受講の	状況等)									

- 備考1 「○○○」には、「管理者」、「サービス提供責任者」、「サービス管理責任者」又は 「相談支援専門員」、「就労選択支援員」と記載してください。
 - 2 住所・電話番号は、自宅のものを記載してください。
 - 3 当該管理者が管理する事業所が複数の場合は、「事業所の名称」欄を適宜拡張して、その全てを記載してください。
 - 4 国家資格等がある場合は、免許等の写しを添付してください。
 - 5 相談支援従事者研修、サービス管理責任者研修、就労選択支援員養成研修等の修了証を添付してください。

実務経験証明書

			番	号
様		年	月	日
	施設又は事業所所在地及び名称			
	代表者氏名			印
	電話番号			

下記の者の実務経験は、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										
施設又は	事業所名	施設・	・事業所	の種別	()
業務	期間		年	月	日~	年	月	日(年		月間)
うち業務に従	事した日数										
業務	内 容	職名	()				

- (注) 1. 施設又は事業所名欄には、サービス種別も記入すること。
 - 2. 業務期間欄は、証明を受ける者が障害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) 現在、既に必要とする実務経験期間を満たしている場合は、実務経験証明書作成日までの期間または、退職した日までの期間を記入してください。
 - 3. 業務内容欄は、生活指導員、看護師等の職名を記入し、本来業務について、生活介護事業における〇〇業務、〇〇実施要綱の〇〇事業の〇〇業務等具体的に記入すること。 また、療養病床の病棟等において介護業務を行った場合は明記し、当該病棟が療養病床として許可等を受けた年月日を記入すること。
 - 4. 証明内容を訂正した場合は、証明権者の職印を押印してください。なお、修正液による訂正は認められません。

実務経験見込証明書

様		年	月	日
	施設又は事業所所在地及び名称			
	代表者氏名 電話番号			印

뮹

番

下記の者の実務経験は、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										
施設又は	事業所名	施設・	・事業所	の種別	()
業務	期間		年	月	日~	年	月	日(年		月間)
うち業務に従	事した日数										
業務	内 容	職名	()				

- (注) 1. 施設又は事業所名欄には、サービス種別も記入すること。
 - 2. 業務期間欄は、証明を受ける者が障害者に対する直接的な援助を行うと見込まれる期間を 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、生活指導員、看護師等の職名を記入し、本来業務について、生活介護事業における〇〇業務、〇〇実施要綱の〇〇事業の〇〇業務等具体的に記入すること。 また、療養病床の病棟等において介護業務を行った場合は明記し、当該病棟が療養病床として許可等を受けた年月日を記入すること。
 - 4. 証明内容を訂正した場合は、証明権者の職印を押印してください。なお、修正液による訂正は認められません。

(参考様式6)

利用者(入所者)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

事業所又は施設名					
申請するサービス種類					
	措置	の概	要		
1 利用者(入所者)又はその家 FAX番号等)、担当者	だ族からの相談	又は苦情等に	対応する常設の窓口	(連絡先、	電話番号、
2 円滑かつ迅速に苦情を解決す	⁻ るための処理(本制・手順			
※具体的な対応方針					
3 その他参考事項					

備考 上の事項は例示であるので、これにかかわらず適宜項目を追加し、その内容について具体的に記載してください。

(参考様式7)

指定障害福祉サービス等の主たる対象者を特定する理由等

事	業	所	名
指定區	章害福祉サ	ービス等の	の種類

1 申請に係る指定障害福祉サービスの主たる対象者 ※該当するも	亥当す	※ 該	×:	₩ī	•	>	•	\rightarrow	\times	\times	×	X	X	X.	€≣	諺	該	亥	ξÈ	놸	当	á 7	3	す	す	厂	_	٠,	,	1	7	Z	5	5	=	ŧ	Ė	,	(0	D))	7	7	を	F	Ē	٠((С))	١.	٠,	-	_	7	7	7	7	7	7	7	(Ē	3	:	1	E	Ŧ	Ŧ	Ē	ī	đ	3	ì	Ţ	Ξ	_	_		,	(Į	Į	δ	δ	<		(•	(,											_	Ξ	Ξ	Ξ	Ţ	١,	;		Ľ	Ľ	_		_	_		Ξ,	Ξ,		_	Ľ	_	_	_	``	_	_	_	``	``	`	;	ì	ì	ì	ì	;	;	``	_	١	١	١,
---------------------------------	-----	------------	----	----	---	---	---	---------------	----------	----------	---	---	---	----	----	---	---	---	----	---	---	------------	---	---	---	---	---	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---	---	---	---	----	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	---	---	---	---	---	---	---	--	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	---	---	---	---	----	---	--	---	---	---	--	---	---	--	----	----	--	---	---	---	---	---	----	---	---	---	----	----	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---	---	---	----

身体障害者(肢体不自由 ・ 視覚 ・ 聴覚言語 ・ 内部障がい) 知的障害者 ・ 障害児 ・ 精神障害者 ・ 難病等対象者

2 主たる対象者を1のとおり特定する理由

- 3 今後における主たる対象者の拡充の予定
- (1) 拡充予定の有無

あり・ なし

- (2) 拡充予定の内容及び予定時期
- (3) 拡充のための方策

(参考様式8)

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

年 月 日

山形県知事 様

申請者 所在地

名 称

代表者 住 所

氏 名

当法人(別紙に記載する役員等を含む。)は、下記に掲げる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項各号の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。

記

【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】(一部要約)

- 1 申請者が山形県の条例及び条例施行規則で定める者(法人)でないとき。
- 2 当該申請に係るサービス事業所の従業者の知識及び技能並びに人員が、山形県の条例で定める基準を満たしていないとき。
- 3 申請者が、山形県の条例で定める指定障害福祉サービスの事業の設備及び運営に関する基準に従って適正な障害福祉サービス事業の運営をすることができないと認められるとき。
- 4 申請者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 5 申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるもの(※)の規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
 - (※) 児童福祉法、身体障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、社会福祉法、 老人福祉法、社会福祉士及び介護福祉士法、介護保険法、精神保健福祉士法
- 5の 申請者が、労働に関する法律の規定であって政令で定めるものにより罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受ける 2 ことがなくなるまでの者であるとき。
- 6 申請者が、第50条第1項(同条第3項において準用する場合を含む。以下この項において同じ。)又は第51条の29第1項若しくは第2項の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して5年を経過しない者(当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消しの処分に係る行政手続法(平成5年法律第88号)第15条の規定による通知があった日前60日以内に当該法人の役員又はそのサービス事業所を管理する者その他の政令で定める使用人(以下「役員等」という。)であった者で当該取消しの日から起算して5年を経過しないものを含み、当該指定を取り消された者が法人でない場合においては、当該通知があった日前60日以内に当該者の管理者であった者で当該取消しの日から起算して5年を経過しないものを含む。)であるとき。

ただし、当該指定の取消しが、指定障害福祉サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定障害福祉サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定障害福祉サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。

7 申請者と密接な関係を有する者(申請者(法人に限る。以下この号において同じ。)の株式の所有その他の事由を通じて当該申請者の事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの(以下この号において「申請者の親会社等」という。)、申請者の親会社等が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの又は当該申請者が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもののうち、当該申請者と厚生労働省令で定める密接な関係を有する法人をいう。)が、第50条第1項又は第51条の29第1項若しくは第2項の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して5年を経過していないとき。

ただし、当該指定の取消しが、指定障害福祉サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定障害福祉サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定障害福祉サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。

- 8 申請者が、第50条第1項の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第15条の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第46条第1項の規定による事業の廃止の届出をした者(当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。)で、当該届出の日から起算して5年を経過しないものであるとき。
- 9 申請者が、第48条第1項(同条第3項において準用する場合を含む。)又は第51条の27第1項若しくは第2項の規定による 検査が行われた日から聴聞決定予定日(当該検査の結果に基づき第50条第1項又は第51条の29第1項若しくは第2項の規定に よる指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として厚生労働省令で定めるところにより都道府 県知事が当該申請者に当該検査が行われた日から10日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。)までの間に 第46条第2項又は第51条の25第2項若しくは第4項の規定による事業の廃止の届出をした者(当該事業の廃止について相当の 理由がある者を除く。)で、当該届出の日から起算して5年を経過しないものであるとき。
- 10 第8号に規定する期間内に第46条第2項又は第51条の25第2項若しくは第4項の規定による事業の廃止の届出があった場合において、申請者が、同号の通知の日前60日以内に当該届出に係る法人(当該事業の廃止について相当の理由がある法人を除く。)の役員等又は当該届出に係る法人でない者(当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。)の管理者であった者で、当該届出の日から起算して5年を経過しないものであるとき。
- 11 申請者が、指定の申請前5年以内に障害福祉サービスに関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
- 12 申請者が、法人で、その役員等のうちに第4号から第6号まで又は第8号から前号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。
- 13 申請者が、法人でない者で、その管理者が第4号から第6号まで又は第8号から第11号までのいずれかに該当する者であるとき。

(参考様式8-2)

指定一般相談支援事業者の指定に係る誓約書

年 月 日

山形県知事 様

申請者 所在地 名 称 代表者 住 所 氏 名

当法人(別紙に記載する役員等を含む。)は、下記に掲げる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条の19第2項において準用する同法第36条第3項(第4号、第10号及び第13号を除く。)の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。

記

【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(第4号、第10号及び第13号を除く。)の読替後の規定】

- 1 申請者が法人でないとき。
- 2 当該申請に係る一般相談支援事業所(第51条の19第1項に規定する一般相談支援事業所をいう。以下同じ。)の従業者の知識及び技能並びに人員が、第51条の23第1項の厚生労働省令で定める基準を満たしていないとき。
- 3 申請者が、第51条の23第2項の厚生労働省令で定める指定地域相談支援の事業の運営に関する基準に従って適正な一般相談支援 事業の運営をすることができないと認められるとき。
- 5 申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるもの(※)の規定により罰金の刑に処せられ、 その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
 - (※) 児童福祉法、身体障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、社会福祉法、 老人福祉法、社会福祉士及び介護福祉士法、介護保険法、精神保健福祉士法
- 5の 申請者が、労働に関する法律の規定であって政令で定めるものにより罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けるこ 2 とがなくなるまでの者であるとき。
- 6 申請者が、第50条第1項(同条第3項において準用する場合を含む。以下この項において同じ。)又は第51条の29第1項若しくは第2項の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して5年を経過しない者(当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消しの処分に係る行政手続法(平成5年法律第88号)第15条の規定による通知があった日前60日以内に当該法人の役員又はその一般相談支援事業所を管理する者その他の政令で定める使用人(以下「役員等」という。)であった者で当該取消しの日から起算して5年を経過しないものを含み、当該指定取り消された者が法人でない場合においては、当該通知があった日前60日以内に当該者の管理者であった者で当該取消しの日から起算して5年を経過しないものを含む。)であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定一般相談支援事業者(第51条の14第1項に規定する指定一般相談支援事業者をいう。以下同

ただし、当該指定の取消しが、指定一般相談支援事業者(第51条の14第1項に規定する指定一般相談支援事業者をいう。以下同じ。)の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定一般相談支援事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定一般相談支援事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。

7 申請者と密接な関係を有する者(申請者(法人に限る。以下この号において同じ。)の株式の所有その他の事由を通じて当該申請者の事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの(以下この号において「申請者の親会社等」という。)、申請者の親会社等が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの又は当該申請者が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもののうち、当該申請者と厚生労働省令で定める密接な関係を有する法人をいう。)が、第50条第1項又は第51条の29第1項若しくは第2項の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して5年を経過していないとき。

ただし、当該指定の取消しが、指定一般相談支援事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定一般相談支援事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定一般相談支援事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。

- 8 申請者が、第50条第1項の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第15条の規定による通知があった日から当該処分を する日又は処分をしないことを決定する日までの間に第46条第1項の規定による事業の廃止の届出をした者(当該事業の廃止につい て相当の理由がある者を除く。)で、当該届出の日から起算して5年を経過しないものであるとき。
- 9 申請者が、第48条第1項(同条第3項において準用する場合を含む。)又は第51条の27第1項若しくは第2項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日(当該検査の結果に基づき第50条第1項又は第51条の29第1項若しくは第2項の規定による指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として厚生労働省令で定めるところにより都道府県知事が当該申請者に当該検査が行われた日から10日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。)までの間に第46条第2項又は第51条の25第2項若しくは第4項の規定による事業の廃止の届出をした者(当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。)で、当該届出の日から起算して5年を経過しないものであるとき。
- 11 申請者が、指定の申請前5年以内に相談支援に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
- 12 申請者が、法人で、その役員等のうちに第5号、第6号、第8号、第9号又は前号のいずれかに該当する者のあるものであるとき。

(参考様式9-1) ※確認済証等が交付されている場合に提出 建築物関係法令に関する届出書

年	月	日
	/ 3	

山形県知事 殿							
	届出者 所	f 在 地					
	— 事	業者名					
	— 代	表者名					
以下の建築物について、建築物	— 関係法令に適合	していること	を届け	ナ出ます。			
1 建築物の概要							
事業所(住居)名							
では、							
2 建築基準法令への適合状況			ı		1		
□確認済証 済証等 □検査済証 □確認済証等交付証明書	済証等の 交付日			済証等の 交付者			
確認申請書第四面【2. 用途】に記載	 載されている用途	!			!		
□ 【 08210 】 主要用	途【]		08030 】 主	三要用途【]	
□ 【 08040 】 主要用	途【	1	□ そ	の他	三要用途【	1	
建築基準法令への適合を示す済記	正等の写しを添付	してください。					
(備考欄)							
3 消防法令への適合状況		_	ī				
届出書 等 □消防用設備等設置届出 □消防用設備検査済証 □防火対象物点検報告書	書 届出書等の 交付日			届出書等の 交付者			
ロ 別表 消防法施行令上の用途 ロ	· 第1(5)項口			別表第1(6)項口		
月	第1(6)項ハ			その他()	
消防法令への適合を示す届出書等	等の写し (消防	用設備等検査済	証なと	ご)を添付して	ください。		
(備考欄)							

[※] グループホームについては、共同生活住居ごとに届出を行ってください。

(参考様式9-2) ※確認済証等が交付されていない場合に提出 建築物関係法令に関する届出書

年 月 日

山形県知事

 届出者
 所 在 地

 事業者名

 代表者名

以下の建築物について、建築物関係法令に適合していることを届け出ます。

1 建築物の概要

事業所(住居)名	
事業所(住居)の所在地	
障害福祉サービス等の種類	
事業所(住居)の内容 ※該当に〇	新築・・・既存物件の用途を変更して使用
	※新築の場合は記載不要
※既存建築物の用途を 変更して使用する場合 該当に〇	既存建築物を増築・ 既存建築物を改築・ 改修(リフォーム)して使用 そのまま使用・ その他(
建築年月日 ※用途変更をした場合は	年 月 日
() 内に用途変更をした場合は を記入	(用途変更した日: 年 月 日)
構造	木造 ・ 鉄骨造 ・ 鉄筋コンクリート造
※該当に〇	その他(
階数	地上階 地下 階
建築物全体の床面積	m [*]
建築基準法令上の 事業の用途に供する延べ床面積	m²
障害福祉サービス等事業に 使用する部分の延べ床面積	m [*]

注「建築基準法令上の事業の用途に供する面積」は、既存建築物の一区画を利用し事業を行う場合などは、 「障害福祉サービス等事業で使用する面積」と異なる場合があります。詳しくは、別シート「〇留意点」 を参照してください。

2 建築基準法令への適合状況

建築基準法令への適合性の調査	を結果に	ついて				
(建築士記載欄) 該当するも	のに〇を	つけてくだ	さし	۸,۱		
障害福祉サービス事業所と して使用する場合に、建築 基準法上該当する用途	児童福	祉施設等		共同住宅	・ 寄宿舎 ・その他()
上記記載の用途で使用する場 ※建築士が記載すること	合に、当	該建物が 殖	築	基準に適合し	しているか、以下に記載してください。	
・採光	適合	不適合	•	非該当	(特記事項:)
・換気	適合	不適合		非該当	(特記事項:)
• 排煙設備	適合	• 不適合		非該当	(特記事項:)
・廊下の幅	適合	不適合		非該当	(特記事項:)
・階段	適合	不適合		非該当	(特記事項:)
・階段の手すり	適合	不適合		非該当	(特記事項:)
・2以上の直通階段	適合	• 不適合		非該当	(特記事項:)
・非常用照明	適合	不適合		非該当	(特記事項:)
• 耐火建築物等	適合	• 不適合		非該当	(特記事項:)
- 防火区画	適合	不適合		非該当	(特記事項:)
・防火上必要な間仕切壁	適合	 不適合 		非該当	(特記事項:)
- 内装制限	適合	不適合		非該当	(特記事項:)
・その他建築基準関係規定	適合	 不適合 			(特記事項:)
上記の通り適合性に支障ない	ことを確	認しました	0	年	月 日	
一級・二級	及・木造殖	建築士 植	登録	番号()	氏名	ŋ

- 注1 上記の基準について適合と示した書面の添付でも可とします。 注2 上記の内容は一例です。その他の適合させるべき建築基準関係規定についても遵守してください。

3 消防法令への適合状況

	1					1				
届出書 等	□消防用設備等 □消防用設備材 □防火対象物。	検査済証	届出書等の 交付日			届出書等の 交付者				
治院注抗	を行令上の用途 かんかん かんかん かんかん かんかん かんかん かんかん かんかん かん	□ 別表第	1(5)項口		口別	J表第1(6)〕	項口			
用机压机	1117110円座	□ 別表第	1(6)項ハ		□ ₹	一の他()		
消防法	消防法令への適合を示す届出書等の写し(消防用設備等検査済証など)を添付してください。									
	(備考欄)									

[※] グループホームについては、共同生活住居ごとに届出を行ってください。

利用者の移行先等の確認書

提出事業所名		
事業所番号		

THE TYPE	T	= \(\dagger \	\ + \\\ \\	引き続き、当該サービスに	移	
利用者名	利用サービス名	受給者証番号	連絡先	相当するサービスの提供を 希望する旨の申出の有無	事業所名	事業所番号
				有 • 無		
				有 • 無		
				有 • 無		
				有・無		
				有 • 無		
				有 • 無		
				有・無		
				有・無		
				有・無		
				有・無		
				有・無		
				有 • 無		
				有・無		
				有・無		
				有・無		
				有・無		
				有・無		
				有・無		
				有・無		
				有・無		
				有・無		
				有・無		
				有・無		
				有・無		
				有・無		
				有・無		

(参考様式11)

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

事	業	所	名
管	理	者	名

措 置 の 概 要

- 1 協議会等への報告・協議会からの評価等に対応する担当者(連絡先)
- 2 報告する又は評価を受ける協議会等の名称
- 3 定期報告・評価の時期(年1回以上)
- 4 協議会等から必要な要望、助言等を聴く機会の具体的な内容
- 5 その他参考事項

備考 上の事項は例示であるので、これにかかわらず適宜項目を追加し、その内容について具体的に記載してください。

(参考様式12)

共生型サービス指定に係る確認票

事業所名	
◎確認事項	
①サービス名:共生型サービス	
(既存サービス))
②利用定員:共生型サービス	名
(既存サービス)	名)
③全サービスの一日当たりの利用者	合計は名以内(上限)
※内訳:共生型サービス	名程度 (既存サービス名程度)の見込
④上記定員に対し既存サービスの基	準を満たしているか
(該当する方に○をつけてください	s)
	サービスの基準を満たしているか
1 基準を満たしている	・ 2基準を満たしていない
〇床面積は既存サービスの基準を	·満たしているか(施設面積 ㎡) (注1)
1基準を満たしている	
⑤技術的支援 (注2)	
・どこから	
・支援の内容	
/\	

- (注1) 介護保険サービス基準では、食堂+機能訓練室の面積を利用人数で除して一人当たり3㎡ を満たしている必要があります。
- (注2) 指定障害福祉サービス事業所その他の施設から、共生型サービス事業所が障害者の支援を 行ううえで、必要な技術的支援を受けている必要があります。

(参考様式13)

共生型の特例による指定を不要とする旨の申出書

山 形 県 知 事 殿

申出者

首:

住所

法人名及び 代表者職・氏名

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41条の2第1項ただし書の規定により、次のとおり共生型障害福祉サービス事業者の特例による指定を不要とする旨を申し出ます。

事	業	所	名	称										
			所有	生地										
			連約	洛先										
管	理	者	氏	名										
			住	所										
サー	出に係 ビスの するもの	種類			介護 入所	度訪 立訓		七訓 系	谏)	舌介語 立訓約	(生	活訓	練))

- 注1 「事業所」欄及び「管理者」欄は、指定申請に係る事業所について記入してください。
- 注2 共生型の特例の適用を受ける場合は、この申出書の提出は不要です。

社会保険及び労働保険への加入状況にかかる確認票

加入状況

貴事業所の現状等について、下記の項目に回答してください。

I. 現在、厚生年金保険・健康保険に加入していますか。

(該当する番号に〇を付してください。また、必要事項をご記入ください。)

	 加入している。 →ト記のいすれかの書類の与しを提出してくたさい。(提示も可)
	●保険料の領収証書 ●社会保険料納入証明書
1	●社会保険料納入確認書
	●健康保険・厚生年金保険資格取得確認および標準報酬決定通知書
	●健康保険・厚生年金保険適用通知書
	※上記書類を所持していない場合には事業所整理記号を下記に記載するのみで可。
	(本社等にて加入手続が行われている場合も事業所整理記号を下記に記載するのみで可。)
2	現在、加入手続中である。
	今後、加入手続を行う。
3	(申請から3ヶ月以内に適用要件(法人事業所または従業員5人以上の個人事業所)に該当する予定の場合を含む。)
	平成()年()月頃に手続予定。(申請から3ヶ月以内の年月をご記入ください。)
4	適用要件に該当しない。 (個人事業所(法人ではない事業所)であって従業員が4名以下の場合。申請から3
	ヶ月以内に適用要件に該当する予定がない。)
5	適用要件に該当するか不明である。
	(個人事業所(法人ではない事業所)であって、正社員と、正社員以外で1週間の所定労働時間及び1ヶ月の所定労働
	日数が同じ事業所で同様の業務に従事している正社員の4分の3以上である者との合計が5人以上か不明な場合。)
Π.	現在、労働者災害補償保険・雇用保険に加入していますか。
	(該当する番号に〇を付してください。また、必要事項をご記入ください。)
	加入状況
	加入している。 →下記のいずれかの書類の写しを提出してください。(提示も可)
	●労働保険概算・確定保険料申告書
1	●納付書・領収証等 ●保険関係成立届
	※上記書類を所持していない場合には労働保険番号を下記に記載するのみで可。
	(本社等にて加入手続が行われている場合も労働保険番号を下記に記載するのみで可。)
0	
2	現在、加入手続中である。
3	今後、加入手続を行う。 (申請から3ヶ月以内に従業員(パート・アルバイトを含む)を雇う予定がある場合を含む。) 平成 () 年 () 日頃に手続予定 (中議から2ヶ月以内の年日をご記入ください)
	平成 () 年 () 月頃に手続予定。(申請から3ヶ月以内の年月をご記入ください。)
4	適用要件に該当しない。 (事業主・役員・同居の親族のみで経営、従業員(パート・アルバイトを含む)がい ない、申請から3ヶ月以内に従業員を雇う予定がない。)
<u>Б</u>	
_	ξ所名称 ⊭តត在地
_	集所所在地
	+ 年注 来早
	±等法人番号 舌番号

※ 社会保険・労働保険の適用促進以外の目的では使用いたしません。

が確認できない場合は、厚生労働省からの依頼に基づき、厚生労働省に情報提供いたします。

共生型の指定申請に必要な書類について

様式第1号及び付表) (本式第1号及び付表) の経歴書(参考様式3) は実務経験証明書(参考様式4) 中がある場合は、以下の書類も必要 離ずる措置の概要(参考様式4) 10免許・資格・研修修了証の写し 11等) も大自治体は除く) を実施する場合) も方自治体は除く) も方自治体は除く) も方自治体は除く) も方自治体は除く)			書類名 共生型 (特別定申請書(規則様式第1号及び付表) 大生型 (有別ののわから写真を添付 共生型 (有別ののわから写真を添付 大生型 (本別の受別を検索式) 大生型 (本記) 大工 (本記)	番類名名				指定	添付する書類	申請	事業	# #	# E	事業	* o	<u> </u>	÷	· 华	運足	利用	₩	添付書類	₩	協力	法第	介護	損害	道路	事業	主た	指定	建築	社会	#
He	株性型 株件型 株件	大生型 重度訪問	大生型 (機能削機) 大生型 (機能削機) 大生型 (機能削機) 大生型 (機能削機) 大生型 (機能削機) 大生型 (機能削機) 大生型 (機能削機) 大生型 (機能削機) 大生型 (機能削機) 大生型 (機能削機) 大生型 (機能削機) 大生型 (機能削機) 大生型 (機能削機) 大生型 (機能削機) 大生型 (上間機) 大工工工 (上面面) 人工工工 (上面面) 工工工 (上面) 人工工工 (上面) 人工工工 (上面) 人工工工 (上面) 人工工工 (上面) 人工工工工 (上面) 人工工工工 (上面) 人工工工工 (上面) 人工工工工 (上面) 人	大生型 大工型 大工工 大工	A	======================================		障害福祉サービス事業者等指定申請書(規則様式第1号及び付表)		者の登記事項証明書又は条例等	所の種別	所の平面図(参考様式1及び2) ※ホの4等の おおなげは知のもれるで言えばけ	楽所 <i>的1</i> 位直図、 外観,及い内部の77かる与具を添订 きの推完券	コ・エエエ 所の管理者及びサービス提供(管理)責任者の経歴書(参考様式3)	良務経験が必要なサービス提供責任者の場合は実務経験証明書(参考様式4) ナービス管理責任者で、実務経験等の資格要件がある場合は、以下の書類も必要	務経験証明書(参考様式4)	一ビス管理責任者研修等の修了者の写し	有資格を証する資格の写し	規程	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(参考様式6)	に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態 (別紙2) 当年時間 古中日でく 非中国 古中日でく 非年 の 日本 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	難体前凶、相た店も汀段寺ツ灰はトヨだる自の光計・具佑・町珍修丁皿ツみつ。 護福社士登録証等)を添付	業所の勤務時間等が確認できる書類(就業規則等)	医療機関の名称及び診療科名並びに協力医療機関との契約内容	36条第3項の規定に該当しない旨の誓約書(参考様式8)	保険法に基づく訪問介護事業の指定書の写し	部償発生時の対応方法を明示する書類(国、地方自治体は除く)	運送法上の許可書の写し(通院等の乗降介助を実施する場合)	听の賃貸借契約書の写し(事業所を借りている場合)	5対象者を特定する理由等(参考様式7)	を不要とする旨の申出書(重度訪問介護事業のみなし指定が不要な場合)	物関係法令に関する届出書(参考様式9)	保険等への加入状況にかかる確認票(別紙1)	児童福祉 法又 は 介護 保険 法 に 基づく 指 定 書 の 写 し
	株性型 株件型 株件	株性型 株件型 株	大生型 (機能削機) 大生型 (機能削機) 大生型 (機能削機) 大生型 (機能削機) 大生型 (機能削機) 大生型 (機能削機) A B A B A B B A B	大生型 大工型 大工工 大工	大生型 共生型 大生型	共生型 居宅介護		0		×	I	×	ļ		>	×			0	×		0		1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	ı
	A	接出必要 本生型 日本型 本生型 日本型 本生型 日本型 本生型 日本型 本生型 日本型 本生型 日本型 本生型 日本型 本生型 日本型 本生型 日本国 本生型 日本国 本生型 日本国 本生型 日本国 本生型 日本国 本生型 日本国 本生型 日本国 本生型 日本国 本生型 日本国 本生型 日本国 本土型 日本国 本土型 日本国 本土型 日本国 本土型 日本国 本土型 日本国 本工工 日本国 本工工 本工工 日本国 本工工 日本国 本工工 日本国 本工工 日本国 本工工 日本国 本工工 日本国 本工工 日本国 本工工 日本国 本工工 日本国 本工工 日本国 本工工 日本国 本工工 日本国 本工工 日本国 日本国 本工工 日本国 本工工 日本国 本工工 日本国 本工工 日本国 日	A	A	A			0		×	I	×	С)	,	×			0	×		0		0	0	I	0	1	0	0	1	0	0	С
	提出必要 × 書略可	#性型	#性心要 × 省略可 A 与しの提出です	提出必要 X 告題可 A 写しの提出で可 X 生型	提出必要 × 省略可	型	В	0		◁	I	◁	С)	<	1			0	⊲		0		◁	0	I	0	I	0	0	I	0	0	0
本出 本出 本に ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	2	(機能調整	本作型	大生型 大工型 大工工 大工	大生型 大工型 大生型 大工工 大工	井 伊西湖.	∢	0		×	0	×			,	×			0	×		0		×	0	I	0		0	0		0	0	0
世界 (本) (本) (本) (本) (本) (本) (本) (本) (本) (本)	- 中部	- 中部	- 中国 中国	#Baj A 写Lの提出で可 ※	本年型 大生型 大工 大工 大工 大工 大工 大工 大工 大	提出必要 型型 入所	В	0		⊲	0	◁			<	1			0	⊲		0		×	0	I	0		0	0	1	0	0	0
世界 (本) (本) (本) (本) (本) (本) (本) (本) (本) (本)	□ X O X O O O O O O O O O O O O O O O O	本価型 40 × 1 × 0 × 0 0 0 1 0 1 0 0 0 0 0 0 0 0	中 中 中 中 中 中 中 中 中 中	本作型 大作	A 与Lの提出で可 ※ 日立訓練 日童発達支援 日童発達支援 日童発達支援 日車	来 回 級 社 出 出 出 出 出 出 出 出 出 出 出 出 出 出 出 出 出 出	∢	0		×	I	×	С)	>	×			0	×		0		0	0	I	0		0	0	1	0	0	0
株主型 大生型 大生型 大生型 大生型 大生型 大生型 大生型 大生型 大井	**	**	位	現代 中央 1 日	本性型 大体型 大	省路可 型業 三種)	В	0		◁	I	⊲	С)	<	1			0	⊲		0		◁	0	I	0		0	0		0	0	0
			第日	202 20	1	并 出 五 五 元	4	0		×	I	×	С)	>	×			0	×		0		0	0	I	0		0	0		0	0	0