

申請する事業に○： 居宅介護 重度訪問介護 同行援護 行動援護

(備考)

1. 複数の事業を同時に申請する場合、事業ごとに付表を作成する必要はありません。本付表一枚にまとめて記載して下さい。
 2. 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。
(「申請する事業」で重度訪問介護事業を選択したか否かにかかわらず、重度訪問介護事業者として指定されます。)
 3. 「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。
 4. 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。
 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. 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。
 7. 「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。
 8. 「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

申請する事業に○： 居宅介護 重度訪問介護 同行援護 行動援護

受付番号

事業所	フリガナ 名 称													
	所在地	(郵便番号) 府・県 市												
	連絡先	電話番号							FAX番号					
	主な揭示事項													
	営業日	月	火	水	木	金	土	日	祝	その他年間の休日				
	営業時間	平日	～			土曜	～			日・祝	～			
		備考												
	サービス内容 (実施するものに○)	居宅介護(身体介護・家事援助・通院等介助)								(通院等乗降介助)				
		重度訪問介護												
		同行援護												
		行動援護												
	主たる対象者	居宅介護	特定なし	身体障害者	知的障害者	障害児	精神障害者	難病等対象者						
		重度訪問介護	特定なし	身体障害者	知的障害者	精神障害者	難病等対象者							
		同行援護	特定なし	身体障害者	障害児	難病等対象者								
		行動援護	特定なし	知的障害者	障害児	精神障害者	難病等対象者							
	利用料													
	その他の費用													
通常の事業の実施地域														
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況						している・していない							
	苦情解決の措置概要						窓口(連絡先)						担当者	
	その他													

(備考)

- 複数の事業を同時に申請する場合、事業ごとに付表を作成する必要はありません。本付表一枚にまとめて記載して下さい。
- 「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。
- 「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、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 ー) 尼崎市											
	連絡先	電話番号					FAX番号						
管理者	フリガナ					住 所	(郵便番号 ー)						
	氏 名												
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)		事業所等の名称										
			兼務する職種及び勤務時間等										
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等又は条例等												第 条 第 項 第 号	
サービス管理責任者	フリガナ					住 所	(郵便番号 ー)						
	氏 名												
従業者の職種・員数		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	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	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)													
主な揭示事項													
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												
添付書類		別添のとおり(定款、寄付行為等及び登記簿謄本又は条例等、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、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、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12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 ー) 尼崎市										
	連絡先	電話番号					FAX番号					
管理者	フリガナ			住 所	(郵便番号 ー)							
	氏 名											
	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)											
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼 務(兼務の場合記入)		事業所等の名称									
			兼務する職種及 び勤務時間等									
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等					第 条第 項第 号							
サービス 管理責任 者	フリガナ				住 所	(郵便番号 ー)						
	氏 名											
従業者の職種・員数		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)												
前年度の平均利用者数(人)												
主な揭示事項												
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	身体障害者										
		細分無し	肢体不自由	視覚障害	聴覚・言語	内部障害						
		知的障害者	精神障害者	難病等 対象者								
利用定員		人(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						
添付書類		別添のとおり(定款、寄付行為等及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの)										

(備考)

1. 「受付番号」「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. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
6. 「※兼務」欄は、当該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、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。

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12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 ー) 尼崎市									
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						第 条第 項第 号					
サービス 管理責任 者	フリガナ					住所	(郵便番号 ー)				
	氏名	-----									
従業者の職種・員数		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)											
前年度の平均利用者数(人)											
主な揭示事項											
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	身体障害者								
			細分無し	肢体不自由	視覚障害	聴覚・言語	内部障害				
		知的障害者	精神障害者	難病等 対象者							
利用定員		人(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					
添付書類		別添のとおり(定款及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの)									

(備考)

1. 「受付番号」「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. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
6. 「※兼務」欄は、当該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、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。

付表4 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 —) 尼崎市																	
	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																		
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合記入)				事業所等の名称														
					兼務する職種及び 勤務時間等														
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等又は条例等																第 条 第 項 第 号			
事業所の種別及び定員	空床型	本体施設の空床の範囲内																	
	併設型	人																	
	単独型	人																	
併設型の場合	本体施設の名称											施設種別							
	本体施設の定員	人				本体施設の前年度平均入所者数				人									
単独型の場合	一室の最大定員	人				入所者1人あたりの最小床面積				平方メートル									
従業者の職種・員数(人)		サービス管理責任者		医師		看護職員								心理判定員					
		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				
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	合計		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	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)																			
職業指導員	就労支援員		介護職員		児童指導員		保育士		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	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)																			
主な掲示事項																			
主たる対象者		特定なし 身体障害者 知的障害者 障害児 精神障害者 難病等対象者																	
利用料																			
その他の費用																			
管轄消防本部(署)との協議状況		平成 年 月 日 協議済み ・ 協議予定																	
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							
	名 称											主な診療科名							

(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葉に記載した書類を添付してください。
- 新設の場合には、「本体施設の前年度の平均入所者数」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。
- 「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。
- 管轄の消防本部(署)との協議済み事項または協議予定事項について、協議内容がわかる資料を別途添付して下さい。(様式任意)

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

受付番号

事業所	フリガナ						
	名 称						
	所在地	(郵便番号 ー) 尼崎市					
	連絡先	電話番号			FAX番号		
管理者	フリガナ			住 所	(郵便番号 ー)		
	氏 名						
	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					
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等又は条例等							
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害福祉サービス等	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		
	協力医療機関	名 称			主な診療科名		
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	特定しない ・ 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							

(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。
- 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。
- 「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。
- 「利用者数」欄には、当該事業所においてサービス提供が可能な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。
- 「主たる対象者」の区分については以下を参考としてください。

I 類型	重度訪問介護の対象者であって、四肢すべてに麻痺等があり、寝たきり状態にある障害者のうち	人工呼吸器による呼吸管理を行っている身体障害者(筋ジストロフィー、脊椎損傷、ALS、遷延性意識障害 等)
II 類型	ち、右のいずれかに該当する者	最重度知的障害者(重症心身障害者 等)
III 類型	障害支援区分の認定調査項目のうち行動関連項目の合計点数が8点以上である者(強度行動障害 等)	

付表6(その1) 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

						受付番号					
主たる事業所(※1)	フリガナ										
	名 称										
	所在地		(郵便番号 -) 尼崎市								
	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										
	同一敷地内の他の事業所、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								
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等又は条例等								第 条 第 項 第 号			
利用定員数			人								
サービス管理責任者			フリガナ				住 所	(郵便番号 -)			
			氏 名								
従業員の職種・員数			世話人		生活支援員		サービス管理責任者				
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務			
従業員数		常勤(人)									
		非常勤(人)									
常勤換算後の人数(人)											
基準上の必要人数(人)											
サービスの提供形態(該当部分に○を記入)		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					
		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					
障害者支援施設等との連携体制等			連携施設		種別			名称			
			支援体制の概要								
管轄消防本部(署)との協議状況(※2)			平成 年 月 日 協議済み ・ 協議予定								
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				
			名 称				主な診療科名				
協力歯科医療機関			名 称								

※1 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も、概ね30分程度で移動可能な範囲にある事業所をいう。

※2 管轄の消防本部(署)との協議済み事項または協議予定事項について、協議内容がわかる資料を別途添付して下さい。(様式任意)

付表6(その2)

(枚中 枚目)

共同生活住居①	フリガナ 名 称						
	所在地	(郵便番号 ー) 尼崎市					
	連絡先	電話番号			FAX番号		
	住居区分	一戸建て ・ アパート ・ マンション ・ その他()					
	建物所有者名						
	賃貸借契約の内容	敷金	円	礼金	円	家賃(月額)	円
		契約期間			賃貸料がない理由		
	住居の利用定員	人		居室数	室(うち個室 室)		
	入居者1人当たりの居室の最小床面積	㎡					
	一体的に運営するサテライト型住居 ヶ所						
	一体的に運営するサテライト型住居の利用者から連絡を受ける通信機器						
	主たる対象者	特定なし 身体障害者 知的障害者 精神障害者 難病等対象者					
	利用料						
	その他の費用						
共同生活住居②	フリガナ 名 称						
	所在地	(郵便番号 ー) 府 ・ 県 市					
	連絡先	電話番号			FAX番号		
	主たる事業所からの距離等	距離	約	キロ	移動に要する時間	分以内	
	住居区分	一戸建て ・ アパート ・ マンション ・ その他()					
	建物所有者名						
	賃貸借契約の内容	敷金	円	礼金	円	家賃(月額)	円
		契約期間			賃貸料がない理由		
	住居の利用定員	人		居室数	室(うち個室 室)		
	入居者1人当たりの居室の最小床面積	㎡					
	一体的に運営するサテライト型住居 ヶ所						
	一体的に運営するサテライト型住居の利用者から連絡を受ける通信機器						
	主たる対象者	特定なし 身体障害者 知的障害者 精神障害者 難病等対象者					
	利用料						
その他の費用							
共同生活住居③	フリガナ 名 称						
	所在地	(郵便番号 ー) 府 ・ 県 市					
	連絡先	電話番号			FAX番号		
	主たる事業所からの距離等	距離	約	キロ	移動に要する時間	分以内	
	住居区分	一戸建て ・ アパート ・ マンション ・ その他()					
	建物所有者名						
	賃貸借契約の内容	敷金	円	礼金	円	家賃(月額)	円
		契約期間			賃貸料がない理由		
	住居の利用定員	人		居室数	室(うち個室 室)		
	入居者1人当たりの居室の最小床面積	㎡					
	一体的に運営するサテライト型住居 ヶ所						
	一体的に運営するサテライト型住居の利用者から連絡を受ける通信機器						
	主たる対象者	特定なし 身体障害者 知的障害者 精神障害者 難病等対象者					
	利用料						
その他の費用							

※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)

(枚中 枚目)

サテライト型住居①	フリガナ									
	名 称									
	所在地	(郵便番号 -) 府 ・ 県 市								
	連絡先	電話番号				FAX番号				
	住居区分	アパート ・ マンション ・ その他()								
	建物所有者名									
	賃貸借契約の内容	敷金		円	礼金		円	家賃(月額)		円
		契約期間				賃貸料がない理由				
	住居の利用定員	1人		居室数	室(うち個室 室)					
	入居者1人当たりの居室の最小床面積			m ²						
	本体住居の名称									
	本体住居との距離	km								
	利用者が本体住居への連絡に使用する通信機器									
	主たる対象者	特定なし 身体障害者 知的障害者 精神障害者 難病等対象者								
利用料										
その他の費用										
サテライト型住居②	フリガナ									
	名 称									
	所在地	(郵便番号 -) 府 ・ 県 市								
	連絡先	電話番号				FAX番号				
	主たる事業所からの距離等	距離	約 キロ	移動に要する時間	分以内					
	住居区分	アパート ・ マンション ・ その他()								
	建物所有者名									
	賃貸借契約の内容	敷金		円	礼金		円	家賃(月額)		円
		契約期間				賃貸料がない理由				
	住居の利用定員	1人		居室数	室(うち個室 室)					
	入居者1人当たりの居室の最小床面積			m ²						
	本体住居の名称									
	本体住居との距離	km								
	利用者が本体住居への連絡に使用する通信機器									
主たる対象者	特定なし 身体障害者 知的障害者 精神障害者 難病等対象者									
利用料										
その他の費用										

※サテライト型住居は、一の本体住居に2ヶ所の設置を限度とする。

※ただし、本体住居の入居定員が4人以下の場合は、1か所の設置を限度とする。

付表7(その1) 障害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 ー) 尼崎市															
	連絡先	電話番号					FAX番号										
管理者	フリガナ			住 所	(郵便番号 ー)												
	氏 名																
昼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)						併設施設の種別											
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)																	
		理学療法士等								生活支援員							
		合計		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員		合計		通所				訪問	
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務			専従	※兼務
従業者数	常勤(人)																
	非常勤(人)																
常勤換算後の人数(人)																	
		職業指導員								就労支援員		栄養士		その他の従業者			
		合計		右記以外		兼教官											
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務		
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		身体障害者													
				細分無し	肢体不自由		視覚障害		聴覚・言語		内部障害						
		知的障害者		精神障害者		難病等 対象者											
管轄消防本部(署)との協議状況		平成 年 月 日 協議済み ・ 協議予定															
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(定款、寄付行為及び登記簿謄本又は条例等、建物の構造概要及び平面図、経歴書、運営規程、入所者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、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)															

(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. 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。
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、指定基準省令第〇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。
6. 「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7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。
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。
8. 管轄の消防本部（署）との協議済み事項または協議予定事項について、協議内容がわかる資料を別途添付して下さい。（様式任意）

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

受付番号

施設名								
昼間実施サービスの種類	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 (あはき)	就労継続支援 (A型)	就労移行支援 (B型)
	サービス単位							
	有 無							
	実施する事業							
前年度の平均実利用者数(人)								
昼間多機能の実施		有 ・ 無		昼間の総定員数(人)				
生活介護を行う場合のみ			施設が申告する障害支援区分の平均値					
			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					基準上の必要値			
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)								
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等				第	条第	項第	号	
短期入所の実施		有 ・ 無						
主な揭示事項								
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)

1. 「受付番号」「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○を記入してください。
3. 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。
4. 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○をつけてください。
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」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7(その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															
施設障害福祉サービスの種類		従 業 者 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	※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)														
	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				
					合計		右記以外		兼教官						
			専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務			
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					
		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					
			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12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。

受付番号

施設	フリガナ										
	名 称										
	所在地	(郵便番号 ー) 尼崎市									
	連絡先	電話番号					FAX番号				
管理者	フリガナ			住 所	(郵便番号 ー)						
	氏 名										
	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)										
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼 務(兼務の場合記入)	事業所等の名称									
		兼務する職種及 び勤務時間等									
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等					第 条第 項第 号						
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 ー)					
	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)											
		歩行訓練士		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	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)											
主な掲示事項											
営業日											
営業時間											
主たる対象者		特定無し	身体障害者								
			細分無し	肢体不自由	視覚障害	聴覚・言語	内部障害				
		知的障害者	精神障害者	難病等 対象者							
利用定員		人									
基準上の必要定員		人									
利用料											
その他の費用											
通常の事業の実施地域											
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している ・ していない							
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者					
		その他									
協力医療機関		名 称					主な診療科名				
添付書類		別添のとおり(定款、寄付行為及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの)									

(備考)

1. 「受付番号」「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。

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12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 ー) 尼崎市											
	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												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 ー)						
	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)													
		歩行訓練士		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	専従	兼務				
従業者数	常勤(人)												
	非常勤(人)												
常勤換算後の人数(人)													
基準上の必要人数(人)													
前年度の平均利用者数(人)													
主な揭示事項													
営業日													
営業時間													
主たる対象者		特定無し	身体障害者										
			細分無し	肢体不自由	視覚障害	聴覚・言語	内部障害						
		知的障害者	精神障害者	難病等 対象者									
利用定員		人											
基準上の必要定員		人											
利用料													
その他の費用													
通常の事業の実施地域													
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している ・ していない									
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者							
		その他											
協力医療機関		名 称					主な診療科名						
添付書類		別添のとおり(定款、寄付行為及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの)											

(備考)

1. 「受付番号」「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12を併せて提出してください。

※2 従たる事業所のある場合は、付表9-2を併せて提出してください。

受付番号

施設	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 -) 尼崎市										
	連絡先	電話番号					FAX番号					
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)							
	氏名											
	当該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)											
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼 務(兼務の場合記入)	事業所等の名称										
		兼務する職種及 び勤務時間等										
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等					第 条第 項第 号							
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		生活支援員		看護職員		訪問支援員		その他の従業者		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
従業者数	常勤(人)											
	非常勤(人)											
常勤換算後の人数(人)												
基準上の必要人数(人)												
前年度の平均利用者数(人)												
主な揭示事項												
主たる対象者	営業日											
	営業時間											
	特定無し	身体障害者										
		細分無し	肢体不自由	視覚障害	聴覚・言語	内部障害						
		知的障害者	精神障害者	難病等 対象者								
	利用定員	人										
	基準上の必要定員	人										
	利用料											
	その他の費用											
通常の事業の実施地域												
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	している ・ していない										
	苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)		担当者								
	その他											
協力医療機関		名 称				主な診療科名						
添付書類		別添のとおり(定款、寄付行為及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの)										

(備考)

1. 「受付番号」「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12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 —) 尼崎市													
	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												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		生活支援員		看護職員		訪問支援員		その他の従業者					
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務				
従業員数	常勤(人)														
	非常勤(人)														
	常勤換算後の人数(人)														
	基準上の必要人数(人)														
前年度の平均利用者数(人)															
主な揭示事項															
営業日															
営業時間															
主たる対象者		特定無し	身体障害者												
			細分無し	肢体不自由	視覚障害	聴覚・言語	内部障害								
		知的障害者	精神障害者	難病等 対象者											
利用定員		人													
基準上の必要定員		人													
利用料															
その他の費用															
通常の事業の実施地域															
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している ・ していない											
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者									
		その他													
協力医療機関		名 称					主な診療科名								
添付書類		別添のとおり(定款、寄付行為及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの)													

(備考)

1. 「受付番号」「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 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12を併せて提出してください。
 ※2 従たる事業所のある場合は、付表10-2を併せて提出してください。

(一般型
資格取得型)

受付番号

施設	フリガナ 名 称										
	所在地	(郵便番号 -) 尼崎市									
	連絡先	電話番号					FAX番号				
	フリガナ 氏 名				住 所	(郵便番号 -)					
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等											
サービス 管理責任者	フリガナ 氏 名				住 所	(郵便番号 -)					
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	身体障害者								
			細分無し	肢体不自由	視覚障害	聴覚・言語	内部障害				
		知的障害者	精神障害者	難病等 対象者							
利用料											
その他の費用											
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況			している ・ していない						
		苦情解決の措置概要			窓口(連絡先)			担当者			
		その他									
協力医療機関		名 称					主な診療科名				
提携就労支援機関											
添付書類		別添のとおり(定款、寄付行為及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの)									

(備考)

1. 「受付番号」「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、当該事業以外との兼務を行う職員について記載してください。
6. 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
7. 「その他の費用」欄には、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。
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12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) 尼崎市													
	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													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		身体障害者										
						細分無し	肢体不自由	視覚障害	聴覚・言語	内部障害						
				知的障害者		精神障害者		難病等 対象者								
利用料																
その他の費用																
その他参考となる事項				第三者評価の実施状況		している ・ していない										
				苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)				担当者						
				その他												
協力医療機関				名 称				主な診療科名								
添付書類				別添のとおり(定款、寄付行為及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの)												

(備考)

1. 「受付番号」「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、当該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、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。

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12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))

受付番号

※いずれかに○を付してください。

施設	フリガナ										
	名 称										
	所在地	(郵便番号 -) 尼崎市									
	連絡先	電話番号					FAX番号				
管理者	フリガナ					住所	(郵便番号 -)				
	氏 名										
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等						第 条第 項第 号					
サービス 管理責任者	フリガナ					住所	(郵便番号 -)				
	氏 名										
従業者の職種・員数		管理者		サービス管理責任者		職業指導員		生活支援員			
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務		
従業者数	常勤(人)										
	非常勤(人)										
常勤換算後の人数(人)											
基準上の必要人数(人)											
		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	細分無し		身体障害者		視覚障害		聴覚・言語		内部障害	
	知的障害者	精神障害者		難病等 対象者							
利用料											
その他の費用											
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	している ・ していない									
	苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)				担当者					
	その他										
協力医療機関		名 称					主な診療科名				
添付書類		別添のとおり(定款、寄付行為及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営 規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資 産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容が わかるもの)									

(備考)

1. 「受付番号」「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、当該事業以外との兼務を行う職員について記載してください。
6. 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
7. 「その他の費用」欄には、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。

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12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 -) 尼崎市									
	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						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	身体障害者								
			細分無し	肢体不自由	視覚障害	聴覚・言語	内部障害				
		知的障害者	精神障害者	難病等 対象者							
利用料											
その他の費用											
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	している ・ していない									
	苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)		担当者							
	その他										
協力医療機関		名 称				主な診療科名					
添付書類		別添のとおり(定款、寄付行為及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの)									

(備考)

1. 「受付番号」「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、当該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、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。

付表12(その1)

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。

事業所1	フリガナ 名 称								
	所在地	(郵便番号 ー) 尼崎市							
	連絡先	電話番号				FAX番号			
(注)「事業所2」以下の欄には、サービスの種類ごとに所在地もしくは名称が異なる場合のみ記入すること。									
事業所2	フリガナ 名 称								
	所在地	(郵便番号 ー) 府・県 市							
	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 ー) 府・県 市							
	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 ー) 府・県 市							
	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 ー) 府・県 市							
	連絡先	電話番号				FAX番号			
管理者	フリガナ			住 所	(郵便番号 ー) 都・道・府・県 区・郡・市				
	氏 名								
	同一敷地内の他の事業所又は施設との兼務 (兼務の場合記入)	事業所等の名称		兼務する職種 及び勤務時間等					
主たる対象とする障害の種類 (種類に○)	身体障害者								
	細分無し	肢体不自由	視覚障害	聴覚・言語	内部障害	知的障害者	精神障害者		難病等対象者
生活介護を行う場合のみ		事業所が申告する障害支援区分の平均値							
		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								
実施事業 (実施事業に○)	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 (あはき)	就労継続支援 (A型)	就労継続支援 (B型)	(参考)障害児通所支援事業	
	主たる事業所							児童発達支援	
	従たる事業所							放課後等デイサービス	
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 (あはき)	就労継続支援 (A型)	就労継続支援 (B型)	(参考)障害児通所支援事業
合計								児童発達支援	
主たる事業所								放課後等デイサービス	
従たる事業所									

(備考)同一事業(サービス)の複数箇所目として「従たる事業所」を設置している場合のみ、「従たる事業所」の欄に記入してください。

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									
			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				
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)															
基準上氏名																
			理学療法士等								生活支援員					
			合計		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員		合計		通所		訪問	
			専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
合計	従業者数	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)															
			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	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. 「定員緩和措置の有無」欄は、基準省令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。
6. 同一事業(サービス)の複数箇所目として「従たる事業所」を設置している場合のみ、「従たる事業所」の欄に記入してください。

受付番号	
------	--

事業所	フリガナ													
	名 称													
	所在地	(郵便番号) 尼崎市												
	連絡先	電話番号		FAX番号										
当該事業について定めてある定款・寄付行為等の条文					第 条 第 項 第 号									
管理者	フリガナ		住所	(郵便番号)										
	氏名													
	生年月日													
	当該相談支援事業所における相談支援専門員との兼務の有無				有 ・ 無									
	他の事業所又は施設の従業者との兼務(有の場合、以下に記載)				有 ・ 無									
	事業所名称		兼務する職種											
	事業の種類		勤務時間											
事業開始時の利用者の予定数			人											
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												
氏 名	相談支援専門員		その他の者											
	専 従	兼 務	専 従	兼 務										
常勤(人)														
非常勤(人)														
常勤換算後の人数(人)														
他の事業所又は施設の従業者との兼務(有の場合、別紙に記載)				有 ・ 無										
常時の連絡体制の確保の 具体的方法 (※地域定着支援のみ)														
主な 揭示 事項	営業日	月	火	水	木	金	土	日	祝	その他年間の休日				
	営業時間	平日	～				土曜	～		日・祝	～			
		備考												
	主たる対象者		特定無し		身体障害者		知的障害者		障害児		精神障害者		難病等対象者	
	利用料													
その他の費用														
通常の事業実施地域														

(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. 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。
6. 「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。

付表13(その2)

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

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すべ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14(その1)指定特定相談支援事業所及び指定障害児相談支援事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	名称					
	所在地	(郵便番号 —) 尼崎市				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
当該事業について定めてある定款・寄付行為等の条文					第 条 第 項 第 号	
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 —)	
	氏名					
	生年月日					
	当該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(以下、有の場合記載)				有 ・ 無	
	事業所の名称				兼務する職種	
	事業の種類				勤務時間	
従事者の職数・ (人)			相談支援専門員		その他の者	
			専 従	兼 務	専 従	兼 務
	常勤(人)					
	非常勤(人)					
	常勤換算後の人数(人)					
	他の事業所又は施設の従業者との兼務(有の場合、別紙に記載)				有 ・ 無	
総合的な相談支援 体制の整備	事業の主たる対象とする障害の種類 の定め有無		有 ・ 無			
	主たる対象としていない者への 対応体制					
	医療機関や行政との 連携体制					
	計画的な研修又は当該事業所 における事例の検討等を行う体制					
主な 揭示 事項	営業日					
	営業時間					
	主たる対象者		特定なし 身体障害者 知的障害者 障害児 精神障害者 難病等対象者			
	その他の費用					
	通常の事業実施地域					
添付書類		別添のとおり(定款及び登記簿謄本又は条例等、事業所の平面図、運営規程、経歴書、入所者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等))				

(備考)

1. 特定相談支援事業と障害児相談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、指定一般相談支援事業所との兼務を除く。
4. 「総合的な相談支援の実施体制の具体的な方法」については、具体的な内容について記載する他、それぞれ根拠となる書類も提出してください。
また、「主たる対象としていない者への対応体制」については、「事業の主たる対象とする障害の種類」の定め有無」が有の場合に記載すること。
5. 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別途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。

他の事業所又は施設の従事者と兼務する相談支援専門員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		

就労定着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 -)					
	連絡先	電話番号			FAX番号		
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)		
	氏名						
	当該就労定着支援事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)						
	他の事業所又は 施設の従業者との兼務 (兼務の場合記入)	事業所等の名称					
		兼務する職種及び 勤務時間等					
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等の条文					第 条 第 項 第 号		
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)						
主な揭示事項							
営業日							
営業時間							
主たる対象者		特定無し・身体障害者・知的障害者・精神障害者・難病等対象者					
利用料							
その他の費用							
通常の事業実施地域							
その他参考となる事項		苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)			担当者	
		その他					
添付書類		別添のとおり(定款、寄付行為及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、運営規程、経歴書、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等))					

- (備考)
1. 「受付番号」欄は、記入しないでください。
 2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 3. 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
 4. 「主な揭示事項」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。
 5. 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
 6. 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付してください。
 7. 事業所指定を受ける一体的に運営する事業所の過去3年の一般就労の移行実績が分かる書類を添付してください。(付表15の別紙)

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。（事業運営が3年未満の場合でも、3人以上いる場合は指定要件を満たす。）

注 4. 適宜、欄は追加してください。

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 —)				
管理者	連絡先	電話番号			FAX番号	
	フリガナ			住所	(郵便番号 —)	
	氏名					
	当該自立生活援助事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)					
	他の事業所又は 施設の従業者との兼務 (兼務の場合記入)	事業所等の名称				
		兼務する職種及び 勤務時間等				
	当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等の条文					
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)					
主な揭示事項						
営業日						
営業時間						
主たる対象者		特定無し・身体障害者・知的障害者・精神障害者・難病等対象者				
利用料						
その他の費用						
通常の事業実施地域						
その他参考となる事項		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)	担当者	
		その他				
添付書類		別添のとおり(定款、寄付行為及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、運営規程、経歴書、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等))				

(備考)

1. 「受付番号」欄は、記入しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
3. 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
4. 「主な揭示事項」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。
5. 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
6. 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付してください。

付表17 就労選択支援事業所の指定等に係る記載事項

事業所	フリガナ 名 称			
	所在地	(郵便番号 -)		
	電話番号			
	E-Mail			
管理者	フリガナ 氏 名	生年月日	年 月 日	
	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 第 条 第 項 第 号				
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項				
利用定員(人)				
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		診療科名	
提携就労支援機関				

(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. 「診療科名」欄には、主な診療科名1つを記載してください。

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. 就労選択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年間に於いて、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。（事業運営が3年未満の場合でも、3人以上いる場合は指定要件を満たす。）
- 注 4. 適宜、欄は追加してください。