

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

主として通わせる児童の障害の種別
()

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				(郵便番号 -)				
管理者	氏名				住所				
	当該事業所の他の職務又は同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	事業所等の名称							
		兼務する職種及び勤務時間等							
当該支援の実施について定めてある条例等				第 条第 項第 号					
併設する施設の名称及び概要	名称								
	概要								
児童発達支援管理責任者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)			
	氏名								
従業者の職種・員数		児童発達支援管理責任者		児童指導員		保育士		栄養士	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
		調理員		機能訓練担当職員		言語聴覚士		嘱託医	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
		看護職員		その他の従業者					
		専従	兼務	専従	兼務				
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
設備基準上の数値記載項目等				基準上の必要値		指導訓練室 遊戯室 屋外遊戯場 医務室 相談室 調理室 便所 静養室 聴力検査室 (設置部分を○でかこむ)			
		指導訓練室		2.47㎡(児童1人当たり)以上					
		遊戯室		1.65㎡(児童1人当たり)以上					
主な掲示事項									
営業日									
営業時間									
サービス提供時間		(送迎時間を除く)① : ~ : ② : ~ :							
利用定員		人							
利用料									
その他の費用									
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している・していない					
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者			
		その他							
協力医療機関		名称				主な診療科名			
地域の障害児への援助の実施状況		有 ・ 無							
多機能型実施の有無		有 ・ 無							
添付書類		別添のとおり(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、障害児等からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの) 利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規他参考になるもの 障害児通所給付費の請求に関する事項							

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
3. 「併設する施設の名称及び概要」欄には、施設の目的及び提供するサービスの内容等を記載してください。
4. 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
5. 「その他の費用」欄には、入所児又は保護者等に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

(児)付表2 児童発達支援事業所(児童発達支援センターであるものを除く)の指定に係る記載事項

※1 従たる事業所のある場合は、(児)付表2-2を併せて提出してください。

※機能型事業実施時は、各事業の(児)付表と(児)付表7を併せて提出してください。

【重症心身障害児以外・重症心身障害児】

主として通わせる児童の障害の種別

受付番号

事業所	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 -) 尼崎市							
管理者	連絡先	電話番号				FAX番号			
	フリガナ				住所	(郵便番号 -)			
	氏名				住所				
	当該事業所の他の職務又は同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)		事業所等の名称						
		兼務する職種及び勤務時間等							
当該支援の実施について定めてある条例等					第 条第 項第 号				
児童発達支援管理責任者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)			
	氏名				住所				
従業者の職種・員数		児童発達支援管理責任者		児童指導員		保育士		機能訓練担当職員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		嘱託医	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
		看護職員		その他の従業者					
		専従	兼務	専従	兼務				
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
設備		指導訓練室				有 ・ 無			
主な揭示事項									
営業日									
営業時間									
サービス提供時間		(送迎時間を除く)① : ~ : ② : ~ :							
利用定員		人							
利用料									
その他の費用									
実施サービス		送迎サービス		有 ・ 無					
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している ・ していない					
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者			
		その他							
協力医療機関		名称				主な診療科名			
多機能型実施の有無		有 ・ 無							
一体的に管理運営される他の事業所									
添付書類		別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、障害児等からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの)利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規他参考になるもの 障害児通所給付費の請求に関する事項							

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
3. 「併設する施設の名称及び概要」欄には、施設の目的及び提供するサービスの内容等を記載してください。
4. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
5. 「その他の費用」欄には、保護者等に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

(児)付表2-2 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(児)付表と(児)付表7を併せて提出してください。

【 重症心身障害児以外 ・ 重症心身障害児 】

主として通わせる児童の障害の種別

受付番号

事業所	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 -) 府 ・ 県 市									
	連絡先	電話番号					FAX番号				
当該支援の実施について定めてある条例等						第 条第 項第 号					
児童発達支援管理責任者	フリガナ					住所	(郵便番号 -)				
	氏名										
従業者の職種・員数		児童発達支援管理責任者		児童指導員		保育士		機能訓練担当職員			
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
従業者数	常勤(人)										
	非常勤(人)										
備考											
基準上の必要人数(人)											
		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		嘱託医			
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
従業者数	常勤(人)										
	非常勤(人)										
備考											
基準上の必要人数(人)											
		看護職員		その他の従業者							
		専従	兼務	専従	兼務						
従業者数	常勤(人)										
	非常勤(人)										
備考											
基準上の必要人数(人)											
設備		指導訓練室				有 ・ 無					
主な掲示事項											
営業日											
営業時間											
サービス提供時間		(送迎時間を除く)① : ~ : ② : ~ :									
利用定員		人									
利用料											
その他の費用											
実施サービス		送迎サービス		有 ・ 無							
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している ・ していない							
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者					
		その他									
協力医療機関		名称				主な診療科名					
多機能型実施の有無		有 ・ 無									
一体的に管理運営される他の事業所											
添付書類		別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、障害児等からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの) 利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規他参考になるもの 障害児通所給付費の請求に関する事項									

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
3. 「併設する施設の名称及び概要」欄には、施設の目的及び提供するサービスの内容等を記載してください。
4. 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
5. 「その他の費用」欄には、保護者等に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

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					(郵便番号 -)			
管理者	氏名				住所				
	当該事業所の他の職務又は同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	事業所等の名称							
		兼務する職種及び勤務時間等							
当該支援の実施について定めてある条例等					第 条第 項第 号				
併設する施設の名称及び概要	名称								
	概要								
児童発達支援管理責任者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)			
	氏名								
従業者の職種・員数		児童発達支援管理責任者		児童指導員		保育士		医師	
従業者数	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	常勤(人)								
	非常勤(人)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
従業者数	看護職員		調理員		栄養士		機能訓練担当職員		
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	常勤(人)								
	非常勤(人)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
従業者数	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	
	常勤(人)								
	非常勤(人)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
設備上の配慮点									
設置部分等 (設置部分を○でかこむ)	指導訓練室 屋外訓練場 相談室 調理室 浴室及び便所の手すり等身体の機能の不自由を助ける設備 * 医療法に規定する診療所として必要な設備を満たしていること								
主な掲示事項									
営業日									
営業時間									
サービス提供時間		(送迎時間を除く)① : ~ : ② : ~ :							
利用定員		人							
利用料									
その他の費用									
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	している・していない							
	苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)			担当者				
	その他								
地域の障害児への援助の実施状況	有 ・ 無								
多機能型実施の有無	有 ・ 無								
添付書類	別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、医療法第7条の許可を受けた診療所であることを証する書類、事業所平面図、経歴書、運営規程、障害児等からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの) 利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規他参考になるもの 障害児通所給付費の請求に関する事項								

(備考)

- 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」欄には、記載しないでください。
- 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。
- 「併設する施設の名称及び概要」欄には、施設の目的及び提供するサービスの内容等を記載してください。(裏面にづく)
- 「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。
- 「その他の費用」欄には、入所児又は保護者等に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

(児)付表4 放課後等デイサービス事業所の指定に係る記載事項

※1 従たる事業所のある場合は、(児)付表4-2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(児)付表と(児)付表7を併せて提出してください。

【重症心身障害児以外・重症心身障害児】

主として通わせる児童の障害の種類

受付番号

事業所	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 -) 尼崎市							
管理者	連絡先	電話番号			FAX番号				
	フリガナ				住所	(郵便番号 -)			
	氏名								
当該事業所の他の職務又は同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)		事業所等の名称							
		兼務する職種及び勤務時間等							
当該支援の実施について定めてある条例等				第 条第 項第 号					
児童発達支援管理責任者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)			
	氏名								
従業者の職種・員数		児童発達支援管理責任者		児童指導員		保育士		機能訓練担当職員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
		理学療法士		理作業療法士		言語聴覚士		嘱託医	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
		看護職員		その他の従業者					
		専従	兼務	専従	兼務				
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
設備		指導訓練室				有 ・ 無			
主な揭示事項									
営業日									
営業時間									
サービス提供時間 (送迎時間を除く)① : ~ : ② : ~ :									
利用定員 人									
利用料									
その他の費用									
実施サービス									
送迎サービス 有 ・ 無									
第三者評価の実施状況 している ・ していない									
その他参考となる事項									
苦情解決の措置概要 窓口(連絡先) 担当者									
その他									
協力医療機関									
名称 主な診療科名									
多機能型実施の有無 有 ・ 無									
一体的に管理運営される他の事業所									
添付書類		別添のとおり登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、障害児等からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの 利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規他参考になるもの 障害児通所給付費の請求に関する事項							

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
3. 「併設する施設の名称及び概要」欄には、施設の目的及び提供するサービスの内容等を記載してください。
4. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
5. 「その他の費用」欄には、保護者等に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

(児)付表4-2 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(児)付表と(児)付表7を併せて提出してください。

【 重症心身障害児以外 ・ 重症心身障害児 】

主として通わせる児童の障害の種別

受付番号

事業所	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 -) 府 ・ 県 市									
	連絡先	電話番号					FAX番号				
当該支援の実施について定めてある条例等					第 条第 項第 号						
児童発達支援管理責任者	フリガナ					住所	(郵便番号 -)				
	氏名										
従業者の職種・員数		児童発達支援管理責任者		児童指導員		保育士		機能訓練担当職員			
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
従業者数	常勤(人)										
	非常勤(人)										
備考											
基準上の必要人数(人)											
		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		嘱託医			
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
従業者数	常勤(人)										
	非常勤(人)										
備考											
基準上の必要人数(人)											
		看護職員		その他の従業者							
		専従	兼務	専従	兼務						
従業者数	常勤(人)										
	非常勤(人)										
備考											
基準上の必要人数(人)											
設備		指導訓練室				有 ・ 無					
主な揭示事項											
営業日											
営業時間											
サービス提供時間		(送迎時間を除く)① : ~ : ② : ~ :									
利用定員		人									
利用料											
その他の費用											
実施サービス		送迎サービス		有 ・ 無							
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している ・ していない							
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者					
		その他									
協力医療機関		名称				主な診療科名					
多機能型実施の有無		有 ・ 無									
一体的に管理運営される他の事業所											
添付書類		別添のとおり登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、障害児等からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの) 利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規他参考になるもの 障害児通所給付費の請求に関する事項									

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
3. 「併設する施設の名称及び概要」欄には、施設の目的及び提供するサービスの内容等を記載してください。
4. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
5. 「その他の費用」欄には、保護者等に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

(児)付表5 保育所等訪問支援事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 -) 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				住所	
	当該事業所の他の職務又は同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	事業所等の名称				
		兼務する職種及び勤務時間等				
当該支援の実施について定めてある条例等					第 条第 項第 号	
児童発達支援管理責任者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)
	氏名					
従業者の職種・員数		訪問支援員		児童発達支援管理責任者		
		専従	兼務	専従	兼務	
従業者数	常勤(人)					
	非常勤(人)					
備考						
基準上の必要人数(人)						
設備		専用の区画			有 ・ 無	
主な揭示事項						
営業日						
営業時間						
サービス提供時間						
利用料						
その他の費用						
通常の事業の実施地域						
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している ・ していない		
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者
		その他				
多機能型実施の有無		有 ・ 無				
添付書類		別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、障害児等からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、事業所の使用権限を証する書類) 利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規他参考になるもの 障害児通所給付費の請求に関する事項				

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別業に記載した書類を添付してください。
3. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
4. 「その他の費用」欄には、保護者等に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
5. 「通常の事業の実施地域」欄には、市町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は適宜地図を添付してください。

(児)付表6 居宅訪問型児童発達支援事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 -) 尼崎市		
	連絡先	電話番号		FAX番号
管理者	フリガナ			(郵便番号 -)
	氏名	住所		
	当該事業所の他の職務又は同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	事業所等の名称		
		兼務する職種及び勤務時間等		
当該支援の実施について定めてある条例等				第 条第 項第 号
児童発達支援管理責任者	フリガナ			(郵便番号 -)
	氏名	住所		
従業者の職種・員数		訪問支援員		児童発達支援管理責任者
		専従	兼務	専従
従業者数	常勤(人)			
	非常勤(人)			
備考				
基準上の必要人数(人)				
設備		専用の区画		有 ・ 無
主な掲示事項				
営業日				
営業時間				
サービス提供時間				
利用料				
その他の費用				
通常の事業の実施地域				
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している ・ していない
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)
		その他		担当者
多機能型実施の有無		有 ・ 無		
添付書類		別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、障害児等からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの) 利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規他参考になるもの 障害児通所給付費の請求に関する事項		

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
3. 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
4. 「その他の費用」欄には、保護者等に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。



障害児通所支援事業所に係る多機能型による
事業を実施する場合の記載事項(総括表) その1

※多機能型事業実施時は各(児)付表とこの表を併せて提出してください。

受付番号

事業所	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 —)							
	連絡先	電話番号				FAX番号			
(注)多機能型による他の事業所については、下欄に記載すること。									
事業所2	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 —)							
	連絡先	電話番号				FAX番号			
事業所3	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 —)							
	連絡先	電話番号				FAX番号			
事業所4	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 —)							
	連絡先	電話番号				FAX番号			
事業所5	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 —)							
	連絡先	電話番号				FAX番号			
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 —)				
	氏名								
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)								
	他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)		事業所等の名称 兼務する職種及び勤務時間等						
主たる対象とする障害の種類	無し	難聴	重症心身障害	その他					
実施事業	サービス単位	児童発達支援	医療型児童発達支援	放課後等デイサービス単位		居宅訪問型児童発達支援	保育所等訪問支援	(参考)障害福祉サービス	
		有		無	有			無	
	主たる事業所								
従たる事業所									
定員(人)	合計	児童発達支援	医療型児童発達支援	放課後等デイ	居宅訪問型児童発達支援	保育所等訪問支援	(参考)障害福祉サービス		
合計									
主たる事業所									
従たる事業所									



受付番号

従業者の職種・員数														
			児童発達支援 管理責任者		医師 (嘱託医含む)		児童指導員		保育士		看護職員		理学療法士	
			専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
合計	従業者数	常勤(人)												
		非常勤(人)												
	備考													
	基準上の必要人数(人)													
主たる事業所	従業者数	常勤(人)												
		非常勤(人)												
	備考													
	基準上の必要人数(人)													
従たる事業所	従業者数	常勤(人)												
		非常勤(人)												
	備考													
	基準上の必要人数(人)													
			作業療法士		言語聴覚士		機能訓練担当 職員		訪問支援員		栄養士		調理員	
			専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
合計	従業者数	常勤(人)												
		非常勤(人)												
	常勤換算後の人数(人)													
	基準上の必要人数(人)													
主たる事業所	従業者数	常勤(人)												
		非常勤(人)												
	常勤換算後の人数(人)													
	基準上の必要人数(人)													
従たる事業所	従業者数	常勤(人)												
		非常勤(人)												
	常勤換算後の人数(人)													
	基準上の必要人数(人)													
			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
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業に記載した書類を添付してください。
3. 児童発達支援又は放課後等デイサービスに単位を導入する場合には、適宜欄を設けて記載するか又は別業にサービス単位ごとの定員を記載してください。