

目次

[付表【記入例】](#)

[【居宅介護】付表1](#)

[【居宅介護】付表1-2](#)

[【療養介護】付表2](#)

[【生活介護】付表3](#)

[【生活介護】付表3-2](#)

[【短期入所】付表5](#)

[【重度障害者等包括支援】付表6](#)

[【共同生活援助】付表7](#)

[【共同生活援助】付表7-2](#)

[【障害者支援施設】付表8その1](#)

[【障害者支援施設】付表8その2](#)

[【障害者支援施設】付表8その3](#)

[【自立訓練\(機能訓練\)】付表9](#)

[【自立訓練\(機能訓練\)】付表9-2](#)

[【自立訓練\(生活訓練\)】付表10](#)

[【自立訓練\(生活訓練\)】付表10-2](#)

[【就労移行支援】付表11](#)

[【就労移行支援】付表11-2](#)

[【就労継続支援】付表12](#)

[【就労継続支援】付表12-2](#)

[【一般相談支援】付表14](#)

[【就労定着支援】付表15](#)

[【就労定着支援】付表15-2](#)

[【自立生活支援】付表16](#)

[【多機能型】付表13その1](#)

[【多機能型】付表13その2](#)

記入例

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13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○を付してください。

施設	フリガナ	〇〇フクシエン							
	名称	〇〇福祉園							
	所在地	(郵便番号950-〇〇〇〇) 新潟市〇〇区△△町×-×							
	連絡先	電話番号	025-226-〇〇〇〇			FAX番号	025-226-〇〇〇〇		
管理者	フリガナ	ニイガタ タロウ			住所	(郵便番号950-〇〇〇〇) 新潟市〇〇区△△通△-□			
	氏名	新潟 太郎			住所	新潟市〇〇区△△通△-□			
	当該就労継続支援事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)					生活支援員			
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)		事業所等の名称 兼務する職種及び勤務時間等						
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等					第2条第1項第2号				
サービス管理責任者	フリガナ	トキ ハナコ			住所	(郵便番号950-〇〇〇〇) 新潟市△△区□□町×-×			
	氏名	朱鷺 花子			住所	新潟市△△区□□町×-×			
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)	1		1		1		1	
	非常勤(人)					1		1	
常勤換算後の人数(人)		1.0		1.0		1.5		1.5	
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)	1							
	非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)		1.0							
基準上の必要人数(人)									
前年度の平均利用者数(人)				18.0					
主な掲示事項		20人							
利用定員		20人							
基準上の必要定員		人							
主たる対象者	特定無し	細分無し		肢体不自由		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		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29条第3項に規定する厚生労働大臣が定める費用の額							
その他の費用		食事の提供に要する費用:450円(うち食材料費300円)、その他日常生活費(実費) 具体的に記載							
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)		025-226-〇〇〇〇		担当者		朱鷺 花子	
	その他								
協力医療機関	名称	〇〇病院			主な診療科名	内科・外科			
添付書類	別添のとおり(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、設備・備品等一覧表)								

「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」及び運営規程と内容を一致させること

小数点第2位以下切り上げで記入。新設の場合は、利用定員の90%とすること。定員の増減の場合は、要確認。

運営規程の内容と一致させること

(備考)

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

付表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

事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 -) 新潟市				
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					
	居宅介護従業者等との兼務の有無			有 ・ 無		
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合記入)	事業所等の名称				
		兼務する職種及び勤務時間等				
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等						第 条 第 項 第 号
サービス提供責任者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)
	氏名					
従業者の職種・員数		居宅介護事業従業者		その他の従業者		
		専従	兼務	専従	兼務	
従業者数	常勤(人)					
	非常勤(人)					
常勤換算後の人数(人)						
基準上の必要人数(人)						
主な揭示事項						
営業日						
営業時間						
サービス内容		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				
	重度訪問介護	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				
	同行援護	特定無し・身体障害者・障害児・難病等対象者				
	行動援護	特定無し・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					
添付書類		別添のとおり(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、設備・備品等一覧表)				

(備考)

- 複数種類のサービスを実施する場合、「サービス内容」欄に複数のサービス種類を記載して本様式1枚にまとめて提出してください。なお、居宅介護の指定を受けた場合、あわせて重度訪問介護の指定もされることになります。
- 「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 出張所等がある場合は、付表1-2にも記載してください。また、従業者については、本様式中に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
- 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
- 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は適宜地図を添付してください。

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

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 -) 新潟市			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
主な揭示事項					
営業日					
営業時間					
サービス内容		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		
		重度訪問介護	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		
		同行援護	特定無し・身体障害者・障害児・難病等対象者		
		行動援護	特定無し・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			
添付書類		別添のとおり(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、設備・備品等一覧表)			

(備考)

1. 「受付番号」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別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、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
5. 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は適宜地図を添付してください。

付表2 療養介護事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 -) 新潟市							
	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							
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等 第 条 第 項 第 号									
サービス 管理責任者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)			
	氏名								
従業者の職種・員数		サービス管理責任者		医師		生活支援員		看護職員	
		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務	
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)									
基準上の必要人数(人)									
		看護補助者							
		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務	
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)									
基準上の必要人数(人)									
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)									
基準上の必要人数(人)									
前年度の平均利用者数(人)									
主な揭示事項									
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(ダイルーム) 有 ・ 無							
利用料									
その他の費用									
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している ・ していない					
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)				担当者	
		その他							
一体的に管理運営する 他の事業所									
添付書類		別添のとおり(登記簿謄本又は条例等、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、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. 「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13を併せて提出してください。

施設	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 -) 新潟市										
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										
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等												
サービス管理責任者	フリガナ					住所	(郵便番号 -)					
	氏名											
従業者の職種・員数		医師		サービス管理責任者		看護職員		理学療法士		作業療法士		
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	
従業者数	常勤(人)											
	非常勤(人)											
常勤換算後の人数(人)												
基準上の必要人数(人)												
		機能訓練指導員		生活支援員		精神保健福祉士		その他の従業者				
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務			
従業者数	常勤(人)											
	非常勤(人)											
常勤換算後の人数(人)												
基準上の必要人数(人)												
前年度の平均実利用者数(人)		施設が申告する障害支援区分の平均値										
		サービス単位	4未満				4以上5未満				5以上	
		サービス単位1										
		サービス単位2										
		サービス単位3										
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					
一体的に管理運営する他の事業所												
添付書類		別添のとおり(登記簿謄本又は条例等、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、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)

- 「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。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 「看護職員」とは保健師、看護師、准看護師のことを言います。
- 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
- 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 「※兼務」欄は、施設入所支援事業以外との兼務を行う職員について記載してください。
- 「その他の費用」欄には、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13を併せて提出してください。

施設	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 -) 新潟市										
	連絡先	電話番号					FAX番号					
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等											第 条第 項第 号	
サービス 管理責任 者	フリガナ					住所	(郵便番号 -)					
	氏名											
従業者の職種・員数		医 師		サービス管理責任者		看護職員		理学療法士		作業療法士		
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	
従業者数	常勤(人)											
	非常勤(人)											
常勤換算後の人数(人)												
基準上の必要人数(人)												
		機能訓練指導員		生活支援員		精神保健福祉士		その他の従業者				
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務			
従業者数	常勤(人)											
	非常勤(人)											
常勤換算後の人数(人)												
基準上の必要人数(人)												
前年度の平均 実利用者数(人)		施設が申告する障害支援区分の平均値										
		サービス単位	4未満				4以上5未満				5以上	
		サービス単位1										
		サービス単位2										
		サービス単位3										
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(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(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、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. 「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、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。

付表5 短期入所事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	-----													
	名称	-----													
	所在地	(郵便番号 -----) 新潟市													
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	-----				事業所等の名称	-----								
事業所の種別	併設型・空床型(単独型)		併設型の場合		利用定員数(人)		-----								
	併設(本体)施設		名称		併設(本体)施設の入所者の定員(人)		-----								
	施設種別等		名称		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				㎡					
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	合計	保健師	看護師	准看護師	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		職能判定員		理学療法士等						あん摩マッサージ指圧師		生活支援員			
		専従	※兼務	専従	※兼務	合計	理学療法士	作業療法士	機能訓練指導員	専従	※兼務	専従	※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		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	専従	※兼務
従業者数	常勤(人)														
	非常勤(人)														
常勤換算後の人数(人)															
基準上の必要人数(人)															
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等 第 条 第 項 第 号															
主な揭示事項															
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		-----													
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況				している・していない				-----					
		苦情解決の措置概要				窓口(連絡先)				担当者					
		その他				-----				-----					
協力医療機関		名称		-----		主な診療科名		-----							
一体的に管理運営される他の事業所		-----													
添付書類		別添のとおり(登記簿謄本又は条例等、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、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約の内容がわかるもの)													

(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. 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、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。

付表6 重度障害者等包括支援事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 -) 新潟市		
	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		
	サービス提供責任者との兼務の有無		有 ・ 無	
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼 務(兼務の場合記入)	事業所等の名称		
		兼務する職種及び勤 務時間等		
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等				第 条 第 項 第 号
サービス 管理責任者	フリガナ	(郵便番号 -)		
	氏名	住所		
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	
利用者からの連絡対応体 制の概要				
主な掲示事項				
利用者数		人		
利用料				
その他の費用				
通常の事業の実施地域				
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況	している ・ していない	
		苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)	担当者
その他				
一体的に管理運営される その他の事業所				
添付書類		別添のとおり(登記簿謄本又は条例等、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、設備・備品等一覧表)		

(備考)

1. 「受付番号」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
3. 「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. 「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。
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7 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

主たる事業所	フリガナ						
	名称						
	所在地	(郵便番号 -) 新潟市					
	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			
	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					
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等					第 条 第 項 第 号		
サービス管理責任者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)		
	氏名			住所			
従業者の職種・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)							
利用定員数		人					
前年度の平均利用人数(人)		人					
サービスの提供形態 (該当部分に○)	介護サービス包括型			生活支援員の業務の外部委託の予定		有(月 時間)・無	
	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	連携施設の種別・名称						
	支援体制の概要						
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況			している・していない			
	苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)				担当者	
	その他						
協力医療機関	名称				主な診療科名		
協力歯科医療機関	名称						
添付書類	別添のとおり(登記簿の謄本又は条例等、共同生活住居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、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、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)等						

※ 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7 その2

共同生活住居①	フリガナ			
	名称	-----		
	所在地	(郵便番号 -)		
	連絡先	電話番号		FAX番号
	グループホームに供する建物形態			
	①住居区分	一戸建て・アパート・マンション・その他()		
	②建物所有者名			
	③賃貸借契約の内容	ア 敷金	イ 礼金	ウ 家賃 (月額)
		エ 契約期間	オ 賃貸料がない理由	
	④住居の利用定員数	人		
	⑤居室数	室 (うち個室 室)		
	⑥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		か所	
	一体的に運営するサテライト住居の利用者から連絡を受ける通信機器			
	主たる対象者	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 -)		
	連絡先	電話番号		FAX番号
	グループホームに供する建物形態			
	①住居区分	一戸建て・アパート・マンション・その他()		
	②建物所有者名			
	③賃貸借契約の内容	ア 敷金	イ 礼金	ウ 家賃 (月額)
		エ 契約期間	オ 賃貸料がない理由	
	④住居の利用定員数	人		
	⑤居室数	室 (うち個室 室)		
	⑥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		か所	
	一体的に運営するサテライト住居の利用者から連絡を受ける通信機器			
	主たる対象者	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 -)		
	連絡先	電話番号		FAX番号
	グループホームに供する建物形態			
	①住居区分	一戸建て・アパート・マンション・その他()		
	②建物所有者名			
	③賃貸借契約の内容	ア 敷金	イ 礼金	ウ 家賃 (月額)
		エ 契約期間	オ 賃貸料がない理由	
	④住居の利用定員数	人		
	⑤居室数	室 (うち個室 室)		
	⑥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		か所	
	一体的に運営するサテライト住居の利用者から連絡を受ける通信機器			
	主たる対象者	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				

付表7 その3

サテライト型住居①	フリガナ 名 称	-----		
	所在地	(郵便番号 -) -----		
	連絡先	電話番号		FAX番号
	サテライト住居に供する建物形態			
	①住居区分	一戸建て・アパート・マンション・その他()		
	②建物所有者名			
	③賃貸借契約の内容	ア 敷金	イ 礼金	ウ 家賃 (月額)
		エ 契約期間	オ 賃貸料がない理由	
	④住居の利用定員数	人		
	⑤入居者1人当たりの居室の最小床面積		㎡	
	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	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 -) -----		
	連絡先	電話番号		FAX番号
	サテライト住居に供する建物形態			
	①住居区分	一戸建て・アパート・マンション・その他()		
	②建物所有者名			
	③賃貸借契約の内容	ア 敷金	イ 礼金	ウ 家賃 (月額)
		エ 契約期間	オ 賃貸料がない理由	
	④住居の利用定員数	人		
	⑤入居者1人当たりの居室の最小床面積		㎡	
	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	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③	フリガナ 名 称	-----		
	所在地	(郵便番号 -) -----		
	連絡先	電話番号		FAX番号
	サテライト住居に供する建物形態			
	①住居区分	一戸建て・アパート・マンション・その他()		
	②建物所有者名			
	③賃貸借契約の内容	ア 敷金	イ 礼金	ウ 家賃 (月額)
		エ 契約期間	オ 賃貸料がない理由	
	④住居の利用定員数	人		
	⑤入居者1人当たりの居室の最小床面積		㎡	
	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	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				

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

主たる事業所	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 -) 新潟市							
	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						
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等							第 条 第 項 第 号		
サービス管理責任者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)			
	氏名								
従業者の職種・員数		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	
		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)									
利用定員数		人							
前年度の平均利用人数(人)		人							
同一敷地内にある入所施設又は病院の名称及び所在地									
障害者支援施設等との連携体制等		連携施設の種別・名称							
		支援体制の概要							
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況			している・していない				
		苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)		担当者				
		その他							
協力医療機関	名称				主な診療科名				
協力歯科医療機関	名称								
添付書類	別添のとおり(登記簿の謄本又は条例等、共同生活住居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、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、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)等								

※ 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7-2 その2

共同生活住居①	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 -)		
	連絡先	電話番号		FAX番号
	地域移行支援型ホームに供する建物形態			
	①住居区分	一戸建て・アパート・マンション・その他()		
	②建物所有者名			
	③賃貸借契約の内容	ア 敷金	イ 礼金	ウ 家賃(月額)
		エ 契約期間	オ 賃貸料がない理由	
	④住居の利用定員数	人		
	⑤居室数	室(うち個室 室)		
	⑥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	か所		
	一体的に運営するサテライト住居の利用者から連絡を受ける通信機器			
	主たる対象者	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 -)		
	連絡先	電話番号		FAX番号
	地域移行支援型ホームに供する建物形態			
	①住居区分	一戸建て・アパート・マンション・その他()		
	②建物所有者名			
	③賃貸借契約の内容	ア 敷金	イ 礼金	ウ 家賃(月額)
		エ 契約期間	オ 賃貸料がない理由	
	④住居の利用定員数	人		
	⑤居室数	室(うち個室 室)		
	⑥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	か所		
	一体的に運営するサテライト住居の利用者から連絡を受ける通信機器			
	主たる対象者	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 -)		
	連絡先	電話番号		FAX番号
	地域移行支援型ホームに供する建物形態			
	①住居区分	一戸建て・アパート・マンション・その他()		
	②建物所有者名			
	③賃貸借契約の内容	ア 敷金	イ 礼金	ウ 家賃(月額)
		エ 契約期間	オ 賃貸料がない理由	
	④住居の利用定員数	人		
	⑤居室数	室(うち個室 室)		
	⑥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	か所		
	一体的に運営するサテライト住居の利用者から連絡を受ける通信機器			
	主たる対象者	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				

付表7-2 その3

サテライト型住居①	フリガナ 名 称	-----		
	所在地	(郵便番号 -) -----		
	連絡先	電話番号	FAX番号	
	サテライト住居に供する建物形態			
	①住居区分	一戸建て・アパート・マンション・その他()		
	②建物所有者名			
	③賃貸借契約の内容	ア 敷金	イ 礼金	ウ 家賃(月額)
		エ 契約期間	オ 賃貸料がない理由	
	④住居の利用定員数	人		
	⑤入居者1人当たりの居室の最小床面積	㎡		
	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	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 -) -----		
	連絡先	電話番号	FAX番号	
	サテライト住居に供する建物形態			
	①住居区分	一戸建て・アパート・マンション・その他()		
	②建物所有者名			
	③賃貸借契約の内容	ア 敷金	イ 礼金	ウ 家賃(月額)
		エ 契約期間	オ 賃貸料がない理由	
	④住居の利用定員数	人		
	⑤入居者1人当たりの居室の最小床面積	㎡		
	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	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③	フリガナ 名 称	-----		
	所在地	(郵便番号 -) -----		
	連絡先	電話番号	FAX番号	
	サテライト住居に供する建物形態			
	①住居区分	一戸建て・アパート・マンション・その他()		
	②建物所有者名			
	③賃貸借契約の内容	ア 敷金	イ 礼金	ウ 家賃(月額)
		エ 契約期間	オ 賃貸料がない理由	
	④住居の利用定員数	人		
	⑤入居者1人当たりの居室の最小床面積	㎡		
	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	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				

付表8 その1 障害者支援施設の指定に係る記載事項

施設	フリガナ 名称												
	所在地	(郵便番号 ー) 新潟市											
	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												
屋間実施サービスの定員(人)													
合計										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							
		専従	※兼務	専従	※兼務	合計		保健師		看護師		准看護師	
従業者数	常勤(人)												
	非常勤(人)												
常勤換算後の人数(人)													
従業者数		理学療法士等				生活支援員							
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
従業者数	常勤(人)												
	非常勤(人)												
常勤換算後の人数(人)													
従業者数		職業指導員		兼教官		就労支援員		栄養士		その他の従業者			
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
従業者数	常勤(人)												
	非常勤(人)												
常勤換算後の人数(人)													
主な掲示事項													
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			
その他参考となる事項		知的障害者		精神障害者		難病等対象者							
		第三者評価の実施状況		している・していない									
協力医療機関		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者							
		その他											
協力医療機関		名称		主な診療科名									
協力歯科医療機関		名称											
添付書類		別添のとおり(登記簿謄本又は条例等、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、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. 屋間に複数の施設障害福祉サービスを実施する場合、「屋間実施サービスの定員」欄には、給付の種類ごとに定員の合計数を記載してください。
4. 施設入所支援に複数のサービス単位を設ける場合、「施設入所支援の定員」欄には、定員の合計数を記載してください。
5. 「定員緩和措置の有無」欄は、指定基準省令第0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、屋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。
7. 「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8 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		人			
			サービス単位2		人			
			サービス単位3		人			
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		㎡		㎡			
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)

- 「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業に記載した書類を添付してください。
- 「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。
- 新設の場合には、「前年度の平均実利用者数」欄は推定数を記入してください。
- 既存の障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。
- 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
- 「通常の事業の実施地域」については、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は適宜地図を添付してください。

付表8 その3 従業員の職種・員数に係る記載事項

____ 枚中 ____ 枚目

施設名		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						
	従業者数	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)												
		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		その他の従業者	
			合計		右記以外		兼教官							
		従業者数	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)														
		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					
			合計		通所		訪問							
		従業者数	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)													
		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. 「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9 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13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。

施設	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 -) 新潟市										
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										
	実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等											
訪問事業の実施の有無		有・無										
サービス管理責任者	フリガナ					住所	(郵便番号 -)					
	氏名											
従業者の職種・員数		サービス管理責任者		看護職員		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
従業者数	常勤(人)											
	非常勤(人)											
常勤換算後の人数(人)												
基準上の必要人数(人)												
		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	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					
一体的に管理運営する その他の事業所												
添付書類		別添のとおり(登記簿謄本又は条例等、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、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. 「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13を併せて提出してください。

施設	フリガナ												
	名称												
	所在地	(郵便番号 -)											
		新潟市											
連絡先	電話番号					FAX番号							
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等						第 条第 項第 号							
訪問事業の実施の有無		有・無											
サービス管理責任者	フリガナ												
	氏名												
		住所		(郵便番号 -)									
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	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(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、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)

- 「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。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 「看護職員」とは保健師、看護師、准看護師のことを言います。
- 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
- 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
- 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付してください。

付表10 自立訓練(生活訓練)事業所の指定に係る記載事項

※1 多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表13を併せて提出してください。
 ※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。

施設	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 -)	新潟市									
連絡先	電話番号					FAX番号						
	フリガナ				住所	(郵便番号 -)						
管理者	氏名				住所							
	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										
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等												
第 条 第 項 第 号												
訪問事業の実施の有無												
有 ・ 無												
サービス管理責任者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)						
	氏名											
従業者の職種・員数		サービス管理責任者		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												
営業日												
営業時間												
主たる対象者		特定無し	細分無し		身体障害者		知的障害者		知的障害者		知的障害者	
					肢体不自由		視覚障害		聴覚・言語		内部障害	
					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				
一体的に管理運営するその他の事業所												
添付書類		別添のとおり(登記簿謄本又は条例等、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、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. 「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10-2 一体的に実施する従たる事業所の指定に係る記載事項

※多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表13を併せて提出してください。

施設	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 -) 新潟市									
	連絡先	電話番号					FAX番号				
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等											第 条第 項第 号
訪問事業の実施の有無											有・無
サービス管理責任者	フリガナ					住所	(郵便番号 -)				
	氏名										
従業者の職種・員数		サービス管理責任者		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											
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(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、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. 「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11 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13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。

(一般型
資格取得型)

施設	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 -) 新潟市							
	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								
	当該就労移行支援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					
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等					第 条第 項第 号				
サービス管理責任者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)				
	氏名								
従業者の職種・員数		管理者		サービス管理責任者		職業指導員		生活支援員	
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)									
基準上の必要人数(人)									
		就労支援員		その他の従業者					
		専従	※兼務	専従	※兼務				
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)									
基準上の必要人数(人)									
前年度の平均利用者数(人)									
主な揭示事項									
利用定員	人								
基準上の必要定員	人								
主たる対象者	特定無し	細分無し		肢体不自由	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				
提携就労支援機関									
多機能型実施の有無									
一体的に管理運営する その他の事業所									
添付書類	別添のとおり(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、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)

- 「基準上の必要人数」「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 「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。
- 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 「※兼務」欄は、他の障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。
- 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
- 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
- 「提携就労支援機関」欄には、就労支援ネットワーク名及びネットワーク内の就労支援機関名を記載してください。

付表11-2 一体的に実施する従たる事業所の指定に係る記載事項

※多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表13を併せて提出してください。

施設	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号 -) 新潟市								
	連絡先	電話番号				FAX番号				
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等					第 条第 項第 号					
従業者の職種・員数		管理者		サービス管理責任者		職業指導員		生活支援員		
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	
従業者数	常勤(人)									
	非常勤(人)									
常勤換算後の人数(人)										
基準上の必要人数(人)										
		就労支援員		その他の従業者						
		専従	※兼務	専従	※兼務					
従業者数	常勤(人)									
	非常勤(人)									
常勤換算後の人数(人)										
基準上の必要人数(人)										
前年度の平均利用者数(人)										
主な揭示事項										
利用定員		人								
基準上の必要定員		人								
主たる対象者		特定無し	細分無し		身体障害者		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(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、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)

- 「基準上の必要人数」「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 「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。
- 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 「※兼務」欄は、他の障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。
- 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
- 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

付表12 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13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○を付してください。

施設	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 -) 新潟市							
	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				
	当該就労継続支援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				(郵便番号 -)				
	氏名				住所				
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		肢体不自由	視覚障害	聴覚・言語	内部障害		
	知的障害者	精神障害者	難病等対象者						
利用料									
その他の費用									
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	している・していない							
	苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)		担当者					
	その他								
協力医療機関		名称				主な診療科名			
多機能型実施の有無									
一体的に管理運営する その他の事業所									
添付書類		別添のとおり(※定款、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、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) 注「※定款、寄付行為」はA型のみ							

(備考)

- 「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。
- 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。
- 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 「※兼務」欄は、他の障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。
- 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
- 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

付表12-2 一体的に実施する従たる事業所の指定に係る記載事項

※多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表13を併せて提出してください。

施設	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号 -) 新潟市								
	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					
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、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) 注「※定款、寄付行為」はA型のみ								

(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. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
5. 「※兼務」欄は、他の障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。

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)



※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。

主たる事業所	フリガナ 名 称							
	所在地	(郵便番号 -) 新潟市						
	連絡先	電話番号				FAX番号		
(注)従たる事業所については、下欄に記載すること。								
従たる事業所Ⅰ	フリガナ 名 称							
	所在地	(郵便番号 -) 新潟市						
	連絡先	電話番号				FAX番号		
従たる事業所Ⅱ	フリガナ 名 称							
	所在地	(郵便番号 -) 新潟市						
	連絡先	電話番号				FAX番号		
従たる事業所Ⅲ	フリガナ 名 称							
	所在地	(郵便番号 -) 新潟市						
	連絡先	電話番号				FAX番号		
従たる事業所Ⅳ	フリガナ 名 称							
	所在地	(郵便番号 -) 新潟市						
	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						
主たる対象とする障害の種類	無し	身体障害者					知的障害者	精神障害者
		細分無し	肢体不自由	視覚障害	聴覚・言語	内部障害		
生活介護を行う場合のみ		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							
	サービス単位3							
実施事業	生活介護 サービス単位 有 無	自立訓練 (機能訓練)	自立訓練 (生活訓練)	就労移行支援 (通常)	就労移行支援 (あはき)	就労継続支援 (A型)	就労継続支援 (B型)	
		主たる事業所		従たる事業所				
	主たる事業所 従たる事業所							
定員緩和措置の有無		有・無						
定員(人)	合計	生活介護※	自立訓練 (機能訓練)	自立訓練 (生活訓練)	就労移行支援 (通常)	就労移行支援 (あはき)	就労継続支援 (A型)	就労継続支援 (B型)
合計								
主たる事業所								
従たる事業所								



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)																
				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	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. 「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、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。
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。

付表14

指定一般相談支援事業所(地域移行支援 ・ 地域定着支援)の指定に係る記載事項

※対象となる支援について○をつけてください。

事業所	フリガナ										
	名称										
	所在地		(〒 -)								
	連絡先	電話番号	F A X 番号				代表メールアドレス				
管理者	フリガナ			住所	(〒 -)						
	名前										
	当該事業所における相談支援員との兼務の有無				有		無				
	他の事業所又は施設の従業者との兼務の有無(有の場合は下記)				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 (業務の場合記入)		事業所等の名称及び種別		兼務する職種 及び勤務時間帯		AM・PM : ~ AM・PM :				
従事者の種類・員数		地域移行支援 ・ 地域定着支援に従事する者									
		相談支援専門員		その他の従業員							
		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)									
他の事業所又は施設の従業者との兼務の有無(有の場合は、別紙に記載)				有		無					
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業について定めてある条文					第 条 第 項 第 号						
総合的な相談支援の実施体制の具体的な方法											
事業の主たる対象とする障がい の種類のための有無		有 ・ 無									
主たる対象者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を行う体制											
常時の連絡体制の確保の具 体的方法(地域定着支援のみ)											
主な揭示事項											
営業日											
営業時間											
主たる対象者		特定無し ・ 身体障害者 ・ 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											
常勤の連絡体制の 確保の具体的方法 (地域定着支援のみ)											
通常事業の実施地域											
添付書類		別添のとおり(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)									

(備考)

1. 「基準上の必要人数」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. 「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。
4. 当該指定相談支援サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定相談支援サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。
5. 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、本様式にまとめて提出してください。
6. 「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。

付表15 就労定着支援事業所の指定に係る記載事項

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		-----		
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等 第 条 第 項 第 号							
サービス管理責任者	フリガナ				住所	(郵便番号 -) -----	
	氏名						
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(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)					

(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15-2 一般就労移行実績

平成 年 月 日

【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となる。

注4. 適宜、欄は追加してください。

付表16 自立生活援助事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ					
	名 称					
	所在地	(郵便番号 -)				
		新潟市				
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						
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等					第 条 第 項 第 号	
サービス管理責任者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)	
	氏名					
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(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)				

(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。