

### 3 変更届け等の取扱いについて



障第03040006号  
平成28年3月4日

指定障害福祉サービス事業者等 代表者 様

和歌山県福祉保健部  
福祉保健政策局 障害福祉課長  
( 公 印 省 略 )

指定障害福祉サービス事業所等における「従業員の職種、員数及び職務の内容」  
の変更に伴う変更届出書の提出について（通知）

平素は、障害福祉サービスの向上及び本県障害福祉行政に御協力いただきありがとうございます。

さて、標記につきまして、訪問系サービスにおける「従業員の職種、員数及び職務の内容」の変更（以下、「員数の変更」という。）に伴う変更届出書については、変更手続きの簡素化を図るため、本県では年に1度の提出でよいとしているところですが、今般、当該手続きの対象サービスを下記のとおりとすることにいたしましたので、通知いたします。

つきましては、貴法人所管事業所に周知いただきますとともに、事務処理に遺漏無きようお願いいたします。

なお、本通知における取扱いは、本県あてに変更届出書を提出する事業所が対象となっておりますので申し添えます。

## 記

### 1 対象サービス

- ・指定障害福祉サービス事業所
- ・指定障害者支援施設
- ・指定障害児通所支援事業所（児童発達支援センターを含む。）
- ・指定障害児入所施設

### 2 員数の変更に係る運営規程の取扱いについて

員数の変更については、比較基準日において変更届出書を作成し、定められた提出期間内に年1回提出することで足りるものとする。

ただし、人員基準については各事業者が責任を持って遵守すること。

※従業員の員数は日々変わりうるため、運営規程の「従業員の員数」に変更があったとするのは、当該年度と前年度の比較基準日において員数を変更している場合をいうものと取り扱います。

### 3 比較基準日

- (1) 訪問系サービス事業所（居宅介護・重度訪問介護・行動援護・同行援護）  
当該年度6月1日と前年度6月1日
- (2) (1) 以外のサービス  
当該年度4月1日と前年度4月1日

#### 4 提出期間

- (1) 訪問系サービス事業所  
当該年度における6月1日から6月30日
- (2) (1)以外のサービス  
当該年度における4月1日から4月30日

#### 5 提出先

事業所の所在する地域を管轄する振興局保健福祉課  
※児童福祉法上の指定を受けている和歌山市所在の事業所は障害福祉課

#### 6 留意事項

- (1) 事業者において必要な人員基準の管理を行えていること。
- (2) 員数の変更以外で運営規程が変更になる場合は、変更後10日以内に変更届出書を提出すること。  
(例) 管理者、サービス提供責任者、サービス管理責任者の変更 など
- (3) 介護給付費等算定要件の変更を伴う従業員の変更の場合は、従来通り「介護給付費等の請求に関する事項」の変更届出書を提出すること。  
(例) 福祉専門職員等配置加算、目標工賃達成指導員加算などの算定対象となる従業員に変更があった場合など
- (4) 資格証の写しについては、従業員全員分を添付し「従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表」に記載した順に添付すること。
- (5) 婚姻等により、資格証等の氏名が変更になっている場合は、戸籍謄本等の写しを添付すること。
- (6) 資格証等の写しについては、全て原本証明をしてください。

〒640-8585 和歌山市小松原通1-1 和歌山県福祉保健部福祉保健政策局 障害福祉課 在宅福祉班 TEL:073-441-2533 施設福祉班 TEL:073-441-2537
---

**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**  
**指定特定相談支援事業者**

指定内容変更届出書

年 月 日

届出者 主たる事務所の所在地  
 名称  
 代表者の氏名

印

次のとおり指定を受けた内容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 第51条の25第3項の規定により届け出ます。

	事業所番号
指定内容を変更した事業所(施設)	名 称 所 在 地 サービスの種類
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、生年月日、住所又は職名	
6 ※定款等若しくはその登記事項証明書又は条例等(当該指定に係る事業に関するものに限る。) <span style="color: red;">「※定款等」は就労継続支援A型事業所のみ</span>	
7 提供する障害福祉サービスの種類	
8 第三者に委託することにより提供する障害福祉サービスの種類又は第三者の事業所の名称若しくは所在地	
9 事業所(施設)の平面図又は設備の概要	
10 事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日、住所又は経歴	
11 事業所のサービス提供責任者の氏名、生年月日、住所又は経歴	
12 事業所(施設)のサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所又は経歴	
13 事業所の相談支援専門員の氏名、生年月日、住所又は経歴	
14 主たる対象者	
15 運営規程	
16 <span style="color: red;">介護給付費、訓練等給付費等の請求に関する事項</span>	
17 事業所の種別(併設型・空床型の別)	
18 併設型における利用者の推定数又は空床型における当該施設の入所定員	
19 協力医療機関の名称若しくは診療科名又は当該協力医療機関との契約の内容	
20 他の障害福祉サービス事業者等との連携体制又は支援体制の概要	
21 連携する公共職業安定所等の名称	
22 <span style="color: red;">従業員の氏名、生年月日又は住所</span>	
変 更 年 月 日	年 月 日

- 注 1 該当する事項の番号を「○」で囲むこと。  
 2 変更の内容が確認できる書類その他知事が別に定める書類を添付すること。  
 なお、当該変更が利用者の定員の増加に伴うものである場合は、従業員の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類を併せて添付すること。  
 3 変更の日から10日以内に届け出ること。





(様式第5号) その2

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

注1 「法人の種類欄」は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」、「医療法人」、「社団法人」、「財団法人」、「株式会社」、「有限会社」等の別を記入してください。

注2 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。

注3 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。

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

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

注6 「特記事項」欄は、異動の状況について具体的に記載してください。

**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**  
**指定特定相談支援事業者**

指定内容変更届出書

年 月 日

届出者 主たる事務所の所在地  
 名称  
 代表者の氏名

印

次のとおり指定を受けた内容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 第51条の25第3項の規定により届け出ます。

	事業所番号
指定内容を変更した事業所(施設)	名 称 所 在 地 サービスの種類
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、生年月日、住所又は職名	
6 ※定款等若しくはその登記事項証明書又は条例等 (当該指定に係る事業に関するものに限る。) 「※定款等」は就労継続支援A型事業所のみ	
7 提供する障害福祉サービスの種類	
8 第三者に委託することにより提供する障害福祉 サービスの種類又は第三者の事業所の名称若し しくは所在地	
9 事業所(施設)の平面図又は設備の概要	
10 事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日、住所 又は経歴	
11 事業所のサービス提供責任者の氏名、生年月 日、住所又は経歴	
12 事業所(施設)のサービス管理責任者の氏名、生 年月日、住所又は経歴	
13 事業所の相談支援専門員の氏名、生年月日、住 所又は経歴	
14 主たる対象者	
15 運営規程	
16 事業所の種別(併設型・空床型の別)	
17 併設型における利用者の推定数又は空床型にお ける当該施設の入所定員	
18 協力医療機関の名称若しくは診療科名又は当該 協力医療機関との契約の内容	
19 他の障害福祉サービス事業者等との連携体制又 は支援体制の概要	
20 連携する公共職業安定所等の名称	
変 更 年 月 日	年 月 日

- 注 1 該当する事項の番号を「○」で囲むこと。  
 2 変更の内容が確認できる書類その他知事が別に定める書類を添付すること。  
 なお、当該変更が利用者の定員の増加に伴うものである場合は、従業員の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類を併せて添付すること。  
 3 変更の日から10日以内に届け出ること。

付表1 居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護事業所等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			-----		
	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・通院介助)・家事援助(家事援助・通院介助)・乗降介助】 重度訪問介護・同行援護・行動援護				
主たる対象者		居宅介護	特定無し・身体障害者・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・加算対象者以外			
		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. 複数種類のサービスを実施する場合、「サービス内容」欄に複数のサービス種類を記載して本様式1枚にまとめて提出してください。なお、居宅介護の指定とあわせて重度訪問介護の指定を受けようとする場合は重度訪問介護も記載してください。
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. 「主な揭示事項」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。

8. 共生型居宅介護又は共生型重度訪問介護の申請の場合、以下の書類の提出を省略することができます。
- (1) 登記事項証明書又は条例等
  - (2) 事業所平面図
  - (3) 管理者及びサービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴
  - (4) 利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要

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 - )								
連絡先	電話番号				FAX番号					
	メールアドレス	@								
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(デイルーム) 有 ・ 無								
利用料										
その他の費用										
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況			している ・ していない					
		苦情解決の措置概要			窓口(連絡先)		担当者			
		その他								
一体的に管理運営する他の事業所										
添付書類		別添のとおり(登記簿謄本又は条例等、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. 「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

		受付番号					
施設	フリガナ 名称	-----					
	所在地	(郵便番号 - ) ----- 郡・市					
	連絡先	電話番号	FAX番号				
		メールアドレス	@				
管理者	フリガナ	住所	(郵便番号 - ) ----- 郡・市				
	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)						
	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	従業者数	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
	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	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
	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程度区分の平均値					
		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)

- 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 「看護職員」とは保健師、看護師、准看護師のことを言います。
- 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。
- 共生型生活介護の申請の場合、以下の書類の提出を省略することができます。
  - 登記事項証明書又は条例等
  - 事業所の平面図及び概要
  - 管理者及びサービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴
  - 利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要

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 - )											
	連絡先	電話番号					FAX番号						
管理者	フリガナ												
	氏名			住所		(郵便番号 - )							
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合記入)	事業所等の名称 兼務する職種及び 勤務時間等											
事業所の種別	併設型・空床型・単独型			併設型 の場合	利用定員数(人)		前年度の平均入所者数(人)						
併設(本体)施設	名称												
施設種別等			併設(本体)施設の入所者の定員(人)										
単独型事業所の居室	1室の最大定員(人)					入所者1人あたりの最小床面積		m <sup>2</sup>					
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	
	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		理学療法士等		あん摩マッ サージ指圧師		生活支援員						
			専従	※兼務	専従	※兼務	合計	理学療法士	作業療法士	機能訓練指導員	専従	※兼務	専従
	従業者数	常勤(人)											
		非常勤(人)											
常勤換算後の人数(人)													
基準上の必要人数(人)													
職業指導員		就業支援員		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)													
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. 「受付番号」「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
3. 新設の場合には、「前年度の平均入所者数」欄は推定数を記入してください。
4. 「主な揭示事項」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。
7. 共生型短期入所の申請の場合、以下の書類の提出を省略することができます。
  - (1) 登記事項証明書又は条例等
  - (2) 事業所の平面図及び概要
  - (3) 管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴
  - (4) 利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要
  - (5) 協力医療機関との契約の内容がわかるもの

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

- 「受付番号」欄には、記載しないでください。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 「他に指定を受けている障害福祉サービス」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。
- 「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「Ⅱ類型」、行動関連項目等の合計点数が15点以上である者を対象とする場合は「Ⅲ類型」を選択してください。特定しない場合は「特定無し」を選択してください。
- 「利用者数」欄には、当該事業所において提供できる利用者の数を記載してください。
- 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
- 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は適宜地図を添付してください。

付表7-1 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 (その1)

受付番号

主たる事業所	フリガナ							
	名称							
	所在地	(郵便番号 - )						
	連絡先	電話番号				FAX番号		
サービスの提供形態(該当部分に○)	介護サービス包括型			生活支援員の業務の外部委託の予定 有(月 時間)・無し				
	日中サービス支援型			生活支援員の業務の外部委託の予定 有(月 時間)・無し				
	外部サービス利用型				受託居宅介護サービス事業者が事業を行う事業所の名称及び所在地並びに当該事業者の名称及び所在地		別紙のとおり	
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				
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務(兼務の場合記入)							
	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						
利用定員数	人							
従業者の職種・員数		サービス管理責任者		世話人		生活支援員		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	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)								
関係機関との連携体制等		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	
		その他参考となる事項						
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						

(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. 「その他費用」欄には、入居者が負担することとなる経費(家賃、光熱水費、食材料費、日用品費等)について記載してください。



付表7-2 共同生活援助事業者(グループホーム)の指定(更新)に係る記載事項 その1

受付番号

主たる事業所	フリガナ							
	名称							
	所在地	(郵便番号 - )						
	連絡先	電話番号		FAX番号				
サービスの提供形態(該当部分に○)	介護サービス包括型		生活支援員の業務の外部委託の予定 有(月 時間)・無し					
	外部サービス利用型		受託居宅介護サービス事業者が事業を行う事業所の名称及び所在地並びに当該事業者の名称及び所在地 <b>別紙のとおり</b>					
管理者	フリガナ			(郵便番号 - )				
	氏名			住所	県 郡・市			
	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、施設又は医療機関の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)	事業所等の名称						
		兼務する職種及び勤務時間等						
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等					第 条 第 項 第 号			
各事業の利用定員数	共同生活援助事業 人							
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	従業者数		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
	常勤(人)							
	非常勤(人)							
	常勤換算後の人数(人)							
基準上の必要人数(人)								
障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							
一体的に管理運営する他の事業所								
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況				している・していない			
	苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)			担当者		
	その他							
協力医療機関	名称				主な診療科名			
協力歯科医療機関	名称							
添付書類	別添のとおり(登記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8 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 - )													
	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					-----									
屋間実施サービスの定員(人)															
合計		介護給付対象者		訓練等給付対象者		特定旧法受給者		定員緩和措置の有無		有・無					
施設入所支援の定員(人)			他の社会福祉施設との併設の有無						有・無						
併設施設の定員(人)			併設施設の種別												
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											
		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	
常勤(人)															
非常勤(人)															
常勤換算後の人数(人)															
従業者数		職業指導員		就労支援員		栄養士		その他の従業者							
		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務							
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			
		知的障害者		精神障害者		難病等対象者									
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している・していない											
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)				担当者							
		その他													
協力医療機関		名 称						主な診療科名							
協力歯科医療機関		名 称													
添付書類		別添のとおり(登記簿謄本又は条例等、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業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、基準省令第9条第2項に基づく利用定員緩和措置の適用の有無について記載してください。
6. 「従業員の職種・員数」欄には、職種ごとに、屋間実施サービスの従事者(付表8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。

付表9 自立訓練(機能訓練)事業所の指定に係る記載事項

受付番号

施設	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 - )										
連絡先	電話番号			FAX番号								
	メールアドレス	@										
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)											
	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			第 条 第 項 第 号									
有・無												
サービス管理責任者	フリガナ			住所	(郵便番号 - )							
	氏名											
従業者の職種・員数		サービス管理責任者		看護職員		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
従業者数	常勤(人)											
	非常勤(人)											
常勤換算後の人数(人)												
基準上の必要人数(人)												
		生活支援員		訪問支援員		その他の従業者						
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務					
従業者数	常勤(人)											
	非常勤(人)											
常勤換算後の人数(人)												
基準上の必要人数(人)												
前年度の平均利用者数(人)												
主な掲示事項												
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		肢体不自由		視覚障害		聴覚・言語	
	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								
多機能型実施の有無				有・無								
一体的に管理運営するその他の事業所												
添付書類		別添のとおり(登記簿謄本又は条例等、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. 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
3. 「看護職員」とは保健師、看護師、准看護師のことを言います。
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10 自立訓練(生活訓練)事業所の指定に係る記載事項

		受付番号					
施設	フリガナ						
	名称						
	所在地	(郵便番号 - ) 郡・市					
連絡先	電話番号		FAX番号				
	メールアドレス	@					
管理者	フリガナ		(郵便番号 - )				
	氏名	住所	郡・市				
	当該自立訓練事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)						
	他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	事業所等の名称	兼務する職種及び勤務時間等				
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等		第 条第 項第 号					
訪問事業の実施の有無		有・無	宿泊型事業の実施の有無				
			有・無				
サービス管理責任者	フリガナ		(郵便番号 - )				
	氏名	住所					
従業者の職種・員数	サービス管理責任者		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
	従業者数	常勤(人)					
		非常勤(人)					
	常勤換算後の人数(人)						
基準上の必要人数(人)							
前年度の平均利用者数(人)							
居室(宿泊型実施の場合)	1室の最大定員			人	人以下		
	入所者1人あたりの最小床面積			m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>		
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				
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)

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11 就労移行支援事業の指定に係る記載事項

( 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 - )							
	連絡先	電話番号				FAX番号			
	メールアドレス	@							
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 - )			
	氏名								
	他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	事業所等の名称			兼務する職種及び勤務時間等				
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)									
従業者数		就労支援員		その他の従業者					
		専従	※兼務	専従	※兼務				
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)									
基準上の必要人数(人)									
前年度の平均利用者数(人)									
主な揭示事項									
利用定員		人							
基準上の必要定員		人							
主たる対象者		特定無し	細分無し		身体障害者				
				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									
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)

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. 「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。
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12 就労継続支援事業所の指定に係る記載事項

( 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 - )							
	連絡先	電話番号				FAX番号			
		メールアドレス	@						
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 - )				
	氏名								
	他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)		事業所等の名称		兼務する職種及び勤務時間等				
当該事業の実施について定めてある※定款又は条例等 注「※定款」は、A型のみ					第 条第 項第 号				
サービス管理責任者	フリガナ				住所	(郵便番号 - )			
	氏名								
従業者の職種・員数		管理者		サービス管理責任者		職業指導員		生活支援員	
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)									
基準上の必要人数(人)									
		その他の従業者							
		専従	※兼務						
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)									
基準上の必要人数(人)									
前年度の平均利用者数(人)									
主な揭示事項									
利用定員				人					
基準上の必要定員				人					
主たる対象者		特定無し		身体障害者		視覚障害		聴覚・言語	
				細分無し	肢体不自由			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)

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業に記載した書類を添付してください。
3. 「併設する施設の名称及び概要」欄には、施設の目的及び提供するサービスの内容等を記載してください。
4. 「主な揭示事項」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。

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		
	メールアドレス	@				
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		
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号      -      )	
	氏名					
	生年月日					
	当該指定一般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(兼務の場合記入)		名称				
		兼務する職種及び勤務時間等		-----		
事業開始時の利用者の予定数			人			
従業者の職種・員数(人)			相談支援専門員		その他の従事者	
			専 従	兼 務	専 従	兼 務
常勤(人)						
非常勤(人)						
常勤換算後の人数(人)						
基準上の必要人数(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・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)					
	通常の事業実施地域					
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. 「受付番号」「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。
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。

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				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(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16-2 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。ただし、就労継続支援A型事業所への移行は除く。

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

注3. 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。

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
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・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。
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。

受付番号

事業所	名称					
	所在地	(郵便番号 - )				
	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、当該事業について定めてある条文等			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			
従事者数(人職種)			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		
総合的な相談支援の実施体制	事業の主たる対象とする障害の種類等の定め有無		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	特定無し ・ 身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 精神障害者 ・ 障害児				
	その他の費用					
	通常の事業実施地域					
添付書類	別添のとおり(登記簿謄本又は条例等、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. 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、記載しないでください。
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等の定め有無」が有の場合に記載してください。
5. 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別途資料として添付して差し支えありません。
6. 記載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。

指定障害児通所支援事業所  
 指定障害児入所支援事業所 指定内容変更届出書  
 指定障害児相談支援事業所

年 月 日

届出者 主たる事務所の所在地  
 名称  
 代表者の氏名

印

次のとおり指定を受けた内容に変更があったので、児童福祉法第21条の5の20第3項 第24条の13第3項 第24条の32第12項の規定により届け出ます。

指定内容を変更した事業所(施設)	事業所番号
	名称
	所在地
	サービスの種類
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, 生年月日, 住所又は職名	
6 登記事項証明書又は条例等(当該指定に係る事業に関するものに限る。)	
7 医療法第7条の許可を受けた病院又は診療所であること	(変更後)
8 事業所(施設)の平面図又は設備の概要	
9 事業所(施設)の管理者の氏名, 生年月日, 住所又は経歴	
10 事業所(施設)の児童発達支援管理責任者の氏名, 生年月日, 住所又は経歴	
11 事業所の相談支援専門員の氏名, 生年月日, 住所又は経歴	
12 主たる対象者	
13 運営規程	
14 協力医療機関の名称若しくは診療科名又は当該協力医療機関との契約の内容	
変更年月日	年月日

- 注 1 該当する事項の番号を「○」で囲むこと。  
 2 変更の内容が確認できる書類その他知事が別に定める書類を添付すること。  
 なお、当該変更が利用者の定員の増加に伴うものである場合は、従業員の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類を併せて添付すること。  
 3 変更の日から10日以内に届け出ること。

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 - )								
	連絡先	電話番号					FAX番号			
管理者	フリガナ					住所	(郵便番号 - )			
	氏名					住所				
	当該事業所の他の職務又は同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	事業所等の名称				兼務する職種及び勤務時間等				
実施主体が地方公共団体である場合は、当該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					住所				
従業者の職種・員数		嘱託医		児童指導員		保育士		栄養士		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
従業者数	常勤(人)									
	非常勤(人)									
備考										
基準上の必要人数(人)										
調理員		児童発達支援管理責任者		機能訓練担当職員		言語聴覚士				
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
従業者数	常勤(人)									
	非常勤(人)									
備考										
基準上の必要人数(人)										
看護職員		その他の従業者								
		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		m(児童1人当たり)		m(児童1人当たり)以上				
		遊戯室		m(児童1人当たり)		m(児童1人当たり)以上				
主な掲示事項										
営業日										
営業時間		サービス提供時間(送迎時間を除く)(① : ~ : ② : ~ : )								
利用定員		人								
利用料										
その他の費用										
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している・していない						
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者				
		その他								
協力医療機関		名称				主な診療科名				
地域の障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(登記簿謄本又は条例等、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								

(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。
- 「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。

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

主として通わせる児童の障害の種類別 ( )		受付番号							
事業所	フリガナ 名称								
	所在地	(郵便番号 - ) 県 郡・市							
	連絡先	電話番号	FAX番号						
管理者	フリガナ	(郵便番号 - )							
	氏名	住所							
	当該事業所の他の職務又は同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	事業所等の名称							
		兼務する職種及び勤務時間等							
実施主体が地方公共団体である場合は、当該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		児童指導員	保育士	障害福祉サービス経験者	児童発達支援管理責任者				
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
		機能訓練担当職員	理学療法士又は作業療法士	言語聴覚士	嘱託医				
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
		看護職員		その他の従業者					
		専従	兼務						
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(登記簿謄本又は条例等、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							

(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。



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。(裏面につづく)
4. 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
5. 「その他の費用」欄には、入所児又は保護者等に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

付表4 放課後等デイサービス事業所の指定に係る記載事項

主として通わせる児童の障害の種別 ( )		受付番号							
事業所	フリガナ 名称								
	所在地	(郵便番号 - ) 県 郡・市							
	連絡先	電話番号	FAX番号						
管理者	フリガナ	(郵便番号 - )							
	氏名	住所							
	当該事業所の他の職務又は同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	事業所等の名称	兼務する職種及び勤務時間等						
実施主体が地方公共団体である場合は、当該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		児童指導員		保育士		障害福祉サービス経験者		児童発達支援管理責任者	
		専従		専従		専従		専従	
		兼務		兼務		兼務		兼務	
従業者数		常勤(人)		常勤(人)		常勤(人)		常勤(人)	
		非常勤(人)		非常勤(人)		非常勤(人)		非常勤(人)	
備考									
基準上の必要人数(人)									
		機能訓練担当職員		理学療法士又は作業療法士		言語聴覚士		嘱託医	
		専従		専従		専従		専従	
		兼務		兼務		兼務		兼務	
従業者数		常勤(人)		常勤(人)		常勤(人)		常勤(人)	
		非常勤(人)		非常勤(人)		非常勤(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		専従					
		兼務		兼務					
従業者数		常勤(人)		常勤(人)					
		非常勤(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									

(備考)

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

付表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 - )			
	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				
	当該事業所の他の職務又は同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	事業所等の名称			
		兼務する職種及び勤務時間等			
実施主体が地方公共団体である場合は、当該支援の実施について定めのある条例等				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		児童発達支援責任者		訪問支援員	
		専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤(人)				
	非常勤(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)
その他					
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、事業所の平面図及び写真、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			

## (備考)

1. 「受付番号」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
3. 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
4. 「その他の費用」欄には、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。



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		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	保育所等訪問支援	居宅訪問型児童発達支援	
		サービス単位 有 無		サービス単位 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	保育所等訪問支援	居宅訪問型児童発達支援		
合計								
主たる事業所								
従たる事業所								

付表7 その2

受付番号

従業者の職種・員数															
		児童発達支援 管理責任者		医師 (嘱託医含む)		児童指導員		保育士		指導員		看護師		障害福祉サー ビス経験者	
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
合計	従業者数	常勤(人)													
		非常勤(人)													
	備考														
	基準上の必要人数(人)														
主たる事業所	従業者数	常勤(人)													
		非常勤(人)													
	備考														
	基準上の必要人数(人)														
従たる事業所	従業者数	常勤(人)													
		非常勤(人)													
	備考														
	基準上の必要人数(人)														
		理学療法士又 は作業療法士		言語聴覚士		機能訓練担当 職員		訪問支援員		栄養士		調理員			
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務		
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。

付表8 障害児入所支援(福祉型障害児入所施設)の指定に係る記載事項

主として入所させる児童の障害の種別  
( )

受付番号

施設	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 - )									
管理者	フリガナ					住所		(郵便番号 - )			
	氏名										
実施主体が地方公共団体である場合は、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		医師		看護職員		児童指導員		保育士			
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
従業者数	常勤(人)										
	非常勤(人)										
備考											
基準上の必要人数(人)											
		栄養士		調理員		児童発達支援管理責任者		心理指導担当職員			
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
従業者数	常勤(人)										
	非常勤(人)										
備考											
基準上の必要人数(人)											
		職業指導員									
		専従	兼務								
従業者数	常勤(人)										
	非常勤(人)										
備考											
基準上の必要人数(人)											
設備上の配慮点											
設置部分等 (設置部分を○でかこむ)		居室		調理室		浴室		便所		医務室	
		職業指導に必要な設備		遊戯室		訓練室		音楽に関する設備		映像に関する設備	
		身体機能の不自由を助ける設備		屋外訓練場							
設備基準上の数値記載項目等				基準上の必要値							
居室	1室の最大定員			人以下							
	入所児1人当たりの最小床面積			m <sup>2</sup>							
主な掲示事項											
入所定員		人									
利用料											
その他の費用											
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	している・していない									
	苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)		担当者							
	その他										
協力医療機関		名称					主な診療科名				
協力歯科医療機関		名称									
添付書類		別添のとおり(登記簿謄本又は条例等、建物の構造概要及び平面図、経歴書、運営規程、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) 契約制度導入に伴い利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規他参考になるもの									

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別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。



(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、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。

## 就労継続支援A型に係る基本報酬の算定区分に関する届出書

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

**1日の平均労働時間数**  
(延べ労働時間数 ÷ 延べ利用者数)

	時間
--	----

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

## 就労継続支援B型に係る基本報酬の算定区分に関する届出書

事業所名																																																																
人員配置区分		1. I型(7.5:1)	2. II型(10:1)																																																													
定員区分	1 21人以上40人以下	平均工賃月額区分	1 平均工賃月額が4万5千円以上																																																													
	2 41人以上60人以下		2 平均工賃月額が3万円以上4万5千円未満																																																													
	3 61人以上80人以下		3 平均工賃月額が2万5千円以上3万円未満																																																													
	4 81人以上		4 平均工賃月額が2万円以上2万5千円未満																																																													
	5 20人以下		5 平均工賃月額が1万円以上2万円未満																																																													
			6 平均工賃月額が5千円以上1万円未満																																																													
		7 平均工賃月額が5千円未満	7 平均工賃月額が5千円未満																																																													
		8 なし(経過措置対象)	8 なし(経過措置対象)																																																													
前年度の工賃支払対象者数・支払工賃額の状況	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>工賃支払い対象者数</th> <th colspan="2">支払工賃総額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4月</td> <td>人</td> <td></td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>5月</td> <td>人</td> <td></td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>6月</td> <td>人</td> <td></td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>7月</td> <td>人</td> <td></td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>8月</td> <td>人</td> <td></td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>9月</td> <td>人</td> <td></td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>10月</td> <td>人</td> <td></td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>11月</td> <td>人</td> <td></td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>12月</td> <td>人</td> <td></td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>1月</td> <td>人</td> <td></td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>2月</td> <td>人</td> <td></td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>3月</td> <td>人</td> <td></td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>人</td> <td></td> <td>円</td> </tr> </tbody> </table>			工賃支払い対象者数	支払工賃総額		4月	人		円	5月	人		円	6月	人		円	7月	人		円	8月	人		円	9月	人		円	10月	人		円	11月	人		円	12月	人		円	1月	人		円	2月	人		円	3月	人		円	合計	人		円	<table border="1"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><b>平均工賃月額①</b> (工賃総額÷工賃支払対象者の総数)</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> </table>		<b>平均工賃月額①</b> (工賃総額÷工賃支払対象者の総数)			円
		工賃支払い対象者数	支払工賃総額																																																													
	4月	人		円																																																												
	5月	人		円																																																												
	6月	人		円																																																												
	7月	人		円																																																												
	8月	人		円																																																												
	9月	人		円																																																												
	10月	人		円																																																												
	11月	人		円																																																												
	12月	人		円																																																												
	1月	人		円																																																												
	2月	人		円																																																												
	3月	人		円																																																												
合計	人		円																																																													
<b>平均工賃月額①</b> (工賃総額÷工賃支払対象者の総数)																																																																
	円																																																															
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><b>重度障害者支援体制加算(I)</b> を算定している場合 (①+2000円)</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> </table>		<b>重度障害者支援体制加算(I)</b> を算定している場合 (①+2000円)			円																																																									
<b>重度障害者支援体制加算(I)</b> を算定している場合 (①+2000円)																																																																
	円																																																															

注1 就労継続支援B型以外の支給決定を受けて複数の日中活動に係る障害福祉サービスを利用している者については、工賃支払い対象者数から除外するとともに、当該利用者に支払った工賃を除外する。

注2 重度者支援体制加算(I)を算定している場合は、平均工賃月額に2千円を加える。

注3 平均工賃月額区分「なし(経過措置対象)」は、指定を受けてから1年間を経過していない事業所が選択する。

## 就労移行支援に係る基本報酬の算定区分に関する届出書

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

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

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

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

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

平成 年 月 日

## 就労定着支援に係る基本報酬の算定区分に関する届出書

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

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