様式第１９号（第２２条、第４４条関係）

受付番号	

記入例

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
指定申請書

提出日を記入

年○月×日

（提出先）
川越市長

法人の住所、名称、代表者の名称を記入。①

申請者
（設置者）

所在地　川越市元町１－３－１
名　称　社会福祉法人　障害者福祉会
代表者　理事長　川越　太郎

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に規定する指定障害福祉サービス事業者・指障害者支援施設・指定一般相談支援事業者・指定特定相談支援事業者に係る指定を受けたいので、次のとお関係書類を添えて申請します。

申請者（設置者）	フリガナ	ｼｬｶｲﾌｸｼﾎｳｼﾞﾝ ｼｮｳｶﾞｲｼｬﾌｸｼｶｲ			
	名称	社会福祉法人　障害者福祉会			
	主たる事務所の所在地	（郵便番号　３５０―８６０１　） 川越市元町１－３－１			
	法人である場合その種別	社会福祉法人		法人所轄庁	川越市
	連絡先　電話番号	049-224-8811		ＦＡＸ番号	049-225-3033
	代表者の職・氏名・生年月日	フリガナ	ｶﾜｺﾞｴ ﾀﾛｳ	職名	理事長
		氏名	川越　太郎	生年月日	昭和○○年○○月○○日
	代表者の住所	（郵便番号　３５０―８６０１　） 川越市元町１－３－１			
指定を受けようとする事業所・施設の種類	フリガナ	ｶﾜｺﾞｴｼｮｳｶﾞｲﾌｸｼｻｰﾋﾞｽｼﾞｷﾞｮｳｼｮ			
	名称	川越障害福祉サービス事業所			
	事業所の所在地	（郵便番号　３５０―○○○○　） 川越市元町１－３－１			

同一所在地において行う事業等の種類		実施事業	指定申請をする事業の事業開始予定年月日	様式	備考
指定障害福祉サービス事業所	生活介護	○	令和２年１２月１日	付表３	
				付表	
				付表	
				付表	
				付表	
指定障害者支援施設				付表	
				付表	
				付表	
				付表	
指定一般相談支援事業所（地域移行支援）				付表	
指定一般相談支援事業所（地域定着支援）				付表	
指定特定相談支援事業所				付表	

障害者自立支援法にて既に指定を受けている場合は、記入してください。

事業所番号										指定年月日	

必要事項を記入。名称、所在地、代表者氏名は①と一致していること。

株式会社、有限会社、合同会社、一般社団法人の場合は記入不要。

必要事項を記入する。付表の事業所名称、所在地と一致していること。

「○」と記入

該当する付表を記入
例：療養介護→付表２
：生活介護→付表３

事業開始予定日を記入

備考

1　「受付番号」欄には、記入しないでください。
2　「法人である場合その種別」欄には、「社会福祉法人」「医療法人」「公益社団法人」「一般財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
3　「法人所轄庁」欄には、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入してください。
4　「同一所在地において行う事業等の種類」の欄には、今回申請をするもの及び既に指定を受けているものについて事業の種類を記載し、「実施事業」欄に○をつけてください。
5　「事業所番号」欄には、川越市において既に事業所等の指定を受け、番号が付番されている場合に、その事業所番号を記入してください。複数の番号を有する場合及び他の法律において既に指定を受けている場合は、別紙にその全てを記載してください。
6　申請する事業所・施設の事業等の種類に応じて、付表を添付してください。

別紙

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において既に指定を受けている事業等について

サ　ー　ビ　ス　の　種　類	指 定 年 月 日	事　業　所　番　号　（１０桁）

他の法律（児童福祉法・介護保険法）において既に指定を受けている事業等について

法律の名称及びサービスの種類	指 定 年 月 日	事　業　所　番　号

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	ｶﾜｺﾞｴｼｮｳｶﾞｲﾌｸｼｻｰﾋﾞｽｼﾞｷﾞｮｳｼｮ			
	名　　称	川越障害福祉サービス事業所			
	所在地	（郵便番号３５０－８６０１） 川越市元町１－３－１			
	連 絡 先	電話番号	○○○－×××－△△△△	ＦＡＸ番号	○○○－×××－△△△△
管理者	フリガナ	ｶﾜｺﾞｴ ﾀﾛｳ	住　所	（郵便番号○○○－△△△△） ○○市○○町○－○－○	
	氏　名	川越　太郎			
	生年月日	□□○○年○月○日			
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合のみ記入）	事業所等の名称			
		兼務する職種及び勤務時間等			
当該事業の実施について定めてある定款、寄附行為等又は条例等の条文			第○条第○項第○号		
サービス管理責任者	フリガナ	ｶﾜｺﾞｴ　ｼﾞﾛｳ	住 所	（郵便番号○○○－△△△△） ○○市○○町○－○－○	
	氏　名	川越　二郎			
	生年月日	□□○○年○月○日			

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）	1		17		20		45	
	非常勤（人）							10	
常勤換算後の人数（人）		1.0		17.0		20.0		50.0	
基準上の必要人数（人）									

		看護補助者		その他従業者					
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
従業者数	常勤（人）			5					
	非常勤（人）								
常勤換算後の人数（人）				5.0					
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）		100			
主な掲示事項	利用定員	100人（単位ごとの定員）（①50人　②50人）			
	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	厚生労働大臣が定める基準による			
	その他の費用	利用者が希望する日用品費			
	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）	事業所	担当者　川越　彩子
		その他			
添付書類		別添のとおり（定款、寄附行為等又は条例等、医療法に規定する医療機関として許可を受けた書又は条例等、医療法に規定する医療機関として許可を受けた建物の構造概要、平面図及び案内図、設備・備品等一覧表、運営規程、従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表、資産状況（貸借対照表・財産目録等）、誓約書、役員名簿、サービス管理責任者）、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制及び勤務形態一覧表、資産状況（貸借対照表・財産目録等）、誓約書、			

事業所名称、所在地、連絡先を記入。様式19号の事業所名称、所在地と一致していること。

管理者氏名と住所を記入。添付書類の「管理者経歴書」と一致していること。

管理者が他の事業（本体施設の施設長等）の従業者を兼務する場合は記入。

添付書類の「サービス管理責任者経歴書」と一致していること。

①添付書類「勤務体制・形態一覧表」と一致していること。

管理者、事務員等は「その他従業者」として記入。ほかに職種がある場合は、適宜追加すること。

添付書類「運営規程」の内容等と一致していること。

報酬額以外で利用者から受領している費用（食費や光熱水費等）を記入。

添付書類「利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要」の内容と一致していること。

備考

1　「受付番号」、「基準上の必要人数」及び「基準[illegible]、記入しないでください。
2　「※兼務」欄には、併設施設との兼務を行う職員について記入してください。
3　新設の場合は、「前年度の平均利用者数」欄には、推定数を記入してください。
4　「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
5　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。

付表３－１　指定に係る生活介護の事業を行う事業所の記載事項

記入例

受付番号	

事業所	フリガナ	ｶﾜｺﾞｴｼｮｳｶﾞｲﾌｸｼｻｰﾋﾞｽｼﾞｷﾞｮｳｼｮ			
	名　称	川越障害福祉サービス事業所			
	所 在 地	（郵便番号３５０－８６０１） 川越市元町１－３－１			
	連 絡 先	電話番号	○○○－×××－△△△△	ＦＡＸ番号	○○○－×
管理者	フリガナ	ｶﾜｺﾞｴ ﾀﾛｳ	住　所	（郵便番号○○○－△△△△） ○○市○○町○－○－○	
	氏　名	川越　太郎			
	生年月日	□□○○年○月○日			
	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）				
	兼務する他の事業所又は施設（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の条文			第　　条第　　項第　　号		
サービス管理責任者	フリガナ	ｶﾜｺﾞｴ ｼﾞﾛｳ	住 所	（郵便番号○○○－△△△△） ○○市○○町○－○－○	
	氏　名	川越　二郎			
	生年月日	□□○○年○月○日			

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）			1		1		1			
	非常勤（人）	1							1		
常勤換算後の人数（人）				1		1		1.5			
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）			10				1	
	非常勤（人）			5	2				
常勤換算後の人数（人）				13.2				1	
基準上の必要人数（人）									

前年度の平均利用者数（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			18
	サービス単位２			
	サービス単位３			

主な掲示事項	営業日	単位ごとの営業日　月～金（祝祭日、１２月２９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）（①９：　～　：　）						
	主たる対象者	特定なし	身体障害者					
			細分なし	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	２０人（単位ごとの定員）（①						
	基準上の必要定員	２０人						
	多機能型実施の有無	有　・　無						
	利用料	厚生労働大臣が定める基準による						
	その他の費用	食費、預り金管理費、美容代						
	通常の事業の実施地域	川越市						
	その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	実施している　・　実施していない					
		苦情解決の措置概要	窓口（連絡先）	事業所		担当者	川越　太郎	
		その他						
協力医療機関		名　称	○○病院	主な診療科名	内科			
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						

様式第19号の事業所名称、所在地と一致していること。

管理者が指定を受ける事業の従業者を兼務する場合は記入。

管理者氏名と住所を記入。添付書類の「管理者経歴書」と一致していること。

管理者が他の事業（同一敷地内の事業所等）の管理者を兼務する場合は記入。

添付書類の「サービス管理責任者経歴書」と一致していること。

添付書類「勤務体制・形態一覧表」と一致していること。

管理者、栄養士、事務員等について記入。

新設の場合は前年度の平均利用者数を定員の9割とすること。

主たる対象者が「特定なし」以外の場合は、運営規程への記載及び「主たる対象者を特定する理由書」が必要。

添付書類「運営規程」の内容等と一致していること。

報酬額以外で利用者から受領している費用を記入。

運営規程に定める通常の事業の実施地域を記入。

添付書類「協力医療機関の契約のないようがわかるもの」の内容と一致していること。

添付書類「利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要」の内容と一致していること。

備考

1　「受付番号」、「基準上の必要人数」及び「基準上の必要定員」の欄には、記入しないでください。
2　「兼務」の欄には、施設入所支援事業以外との兼務を行う従業者について記入してください。
3　「看護職員」とは、保健師、看護師又は准看護師のことをいいます。
4　事業所の新設の場合は、「前年度の平均利用者数」の欄には、利用者の推定数を記入してください。
5　「その他の費用」の欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容を記入してください。
6　「通常の事業の実施地域」の欄には、市区町村名を記入することとし、当該区域の全部又は一部の別を記入してください。
　なお、実施地域が一部の地域に限られる場合は、当該地域の地図を添付してください。
7　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、別様に記入した書類を添付してください。
8　多機能型による事業を実施する場合は、各事業の付表及び付表１２を併せて提出してください。
9　従たる事業所がある場合は、付表３－２を併せて提出してください。

付表３－２　指定に係る事業所を一体的に実施する従たる事業所の記載事項

記入例（付表3－1と同様のため略）

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	
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の条文			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				
	生年月日				

従業者の職種・員数		医　師		サービス管理責任者		看護職員		理学療法士		作業療法士	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤（人）										
	非常勤（人）										
常勤換算後の人数（人）											
基準上の必要人数（人）											

		機能訓練指導員		生活支援員		精神保健福祉士		その他の従業者	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤（人）								
	非常勤（人）								
常勤換算後の人数（人）									
基準上の必要人数（人）									

前年度の平均利用者数（人）	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			

主な掲示事項							
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	特定なし	身体障害者					
		細分なし	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							
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	実施している　・　実施していない					
	苦情解決の措置の概要	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						

備考

1　「受付番号」、「基準上の必要人数」及び「基準上の必要定員」の欄には、記入しないでください。

2　「兼務」の欄には、施設入所支援事業以外との兼務を行う従業者について記入してください。

3　「看護職員」とは、保健師、看護師又は准看護師のことをいいます。

4　事業所の新設の場合は、「前年度の平均利用者数」の欄には、利用者の推定数を記入してく

5　「その他の費用」の欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービスの内容を記入してください。

6　「通常の事業の実施地域」の欄には、市区町村名を記入することとし、当該区域の全部又は一部の別を記入してください。

なお、実施地域が一部の地域に限られる場合は、当該地域の地図を添付してください。

7　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか、別様に記入した書類を添付してください。

8　多機能型による事業を実施する場合は、各事業の付表及び付表１２を併せて提出してください。

付表６－１　指定に係る自立訓練（機能訓練）の事業を行う事業所の記載事項

記入例

受付番号	

事業所	フリガナ	ｶﾜｺﾞｴｼｮｳｶﾞｲﾌｸｼｻｰﾋﾞｽｼﾞｷﾞｮｳｼｮ		
	名　　称	川越障害福祉サービス事業所		
	所 在 地	（郵便番号３５０－８６０１） 川越市元町		
	連 絡 先	電話番号	○○○－×××－△△△△	ＦＡＸ番号 ×××－△△△△
管理者	フリガナ	ｶﾜｺﾞｴ ﾀﾛｳ	住　所	（郵便番号○○○
	氏　　名	川越　太郎		○○市○○町○－○－○
	生年月日	□□○○年○月○日		
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）				
兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設（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の条文				
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	ｶﾜｺﾞｴ　ｼﾞﾛｳ	住　所	（郵便番号○○○－△△△△） ○○市○○町○－○－○
	氏　　名	川越　二郎		
	生年月日	□□○○年○月○日		

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）	1		1				1		1	
	非常勤（人）										
常勤換算後の人数（人）		1		1				1		1	
基準上の必要人数（人）											

		歩行訓練士		生活支援員		訪問支援員		その他の従業者	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤（人）			3				2	
	非常勤（人）			1					
常勤換算後の人数（人）				3.5				2	
基準上の必要人数（人）									

前年度の平均利用者数（人）		１８人					
主な掲示事項	営業日	単位ごとの営業日　月～金（祝祭日、１２月２９日～１月３日を除く）					
	営業時間	単位ごとのサービス提供時間　９：００～１８：００					
	主たる対象者	特定なし	身体障害者				
			細分なし	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	２０人					
	基準上の必要定員	２０　人					
	利用料	厚生労働大臣が定める基準による					
	その他の費用	食費					
	通常の事業の実施地域	川越市					
	その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	実施している　・　実施していない				
		苦情解決の措置の概要	窓口（連絡先）	事業所	担当者	川越　太郎	
		その					

協力医療機関	名　称	○○病院	主な診療科名	内科
多機能型実施の有無	有　・　無			
一体的に管理運営するその				
添付書類	別添のとおり			

事業所名称、所在地、連絡先を記入。様式19号の事業所名称、所在地と一致していること。

管理者が指定を受ける事業の従業者を兼務する場合は記入。

管理者氏名と住所を記入。添付書類の「管理者経歴書」と一致していること。

管理者が他の事業（同一敷地内の事業所等）の管理者を兼務する場合は記入。

添付書類の「サービス管理責任者経歴書」と一致していること。

①添付書類「勤務体制・形態一覧表」と一致していること。

管理者、栄養士、事務員等について記入。

新設の場合は前年度の平均利用者数を定員の9割とすること。

主たる対象者が「特定なし」以外の場合は、運営規程への記載及び「主たる対象者を特定する理由書」が必要。

添付書類「運営規程」の内容等と一致していること。

報酬額以外で利用者から受領している費用（食費や光熱水費等）を記入。

運営規程に定める通常の事業の実施地域を記入。

添付書類「利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要」の内容と一致していること。

添付書類「協力医療機関との契約の内容がわかるもの」で添付した協力医療機関の名称と科名を記入。

備考

1　「受付番号」、「基準上の必要人数」及び「基準上の必要定員」の欄に
2　「兼務」の欄には、短期入所事業以外との兼務を行う従業者について記入してください。
3　「看護職員」とは、保健師、看護師又は准看護師のことをいいます。
4　事業所の新設の場合は、「前年度の平均利用者数」の欄には、利用者の推定数を記入してください。
5　「その他の費用」の欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービスの内容を記入してください。
6　「通常の事業の実施地域」の欄には、市区町村名を記入することとし、当該区域の全部又は一部の別を記入してください。なお、実施地域が一部の地域に限られる場合は、当該地域の地図を添付してください。
7　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、別様に記入した書類を添付してください。
8　多機能型による事業を実施する場合は、実施するそれぞれのサービスに係る付表と付表１６を併せて提出してください。
9　従たる事業所がある場合は、付表６－２を併せて提出してください。

付表６－２　指定に係る事業所と一体的に実施する従たる事業所の記載事項

記入例（付表６－１と同様のため略）

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	
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の条文			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				
	生年月日				

従業者の職種・員数		サービス管理責任者		看護職員		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤（人）										
	非常勤（人）										
常勤換算後の人数（人）											
基準上の必要人数（人）											

		歩行訓練士		生活支援員		訪問支援員		その他の従業者	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤（人）								
	非常勤（人）								
常勤換算後の人数（人）									
基準上の必要人数（人）									

前年度の平均利用者数（人）									
主な掲示事項	営業日								
	営業時間								
	主たる対象者	特定なし	身体障害者						
			細分なし	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	実施している　・　実施していない						
		苦情解決の措置の概要	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		

備考

1　「受付番号」、「基準上の必要人数」及び「基準上の必要定員」の欄には、記入しないでください。
2　「兼務」の欄には、短期入所事業以外との兼務を行う従業者について記入してください。
3　「看護職員」とは、保健師、看護師又は准看護師のことをいいます。
4　事業所の新設の場合は、「前年度の平均利用者数」の欄には、利用者の推定数を記入してください。
5　「その他の費用」の欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービスの内容を記入してください。
6　「通常の事業の実施地域」の欄には、市区町村名を記入することとし、当該区域の全部又は一部の別を記入してください。なお、実施地域が一部の地域に限られる場合は、当該地域の地図を添付してください。
7　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、別様に記入した書類を添付してください。
8　多機能型による事業を実施する場合は、実施するそれぞれのサービスに係る付表と付表１６を併せて提出してください。

付表７－１　指定に係る自立訓練（生活訓練）の事業を行う事業所の記載事項

記入例

受付番号	

事業所	フリガナ	ｶﾜｺﾞｴｼｮｳｶﾞｲﾌｸｼｻｰﾋﾞｽｼﾞｷﾞｮｳｼｮ	
	名　称	川越障害福祉サービス事業所	
	所 在 地	（郵便番号３５０－８６０１） 川越市	
	連 絡 先	電話番号	○○○－×××－△△△△
管理者	フリガナ	ｶﾜｺﾞｴ ﾀﾛｳ	
	氏　名	川越　太郎	
	生年月日	□□○○年○月○日	
	住　所	（郵便番号○○○－△ ○○市○○町○－○－○	
	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）		
	兼務する他の事業所又は施設（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		めてある条例等の条文	第　条第　項第　号
訪問事業の実施の有無		有・	宿泊型事業の実施の有無
サービス管理責任者	フリガナ	ｶﾜｺﾞｴ ｼﾞﾛｳ	
	氏　名	川越　二郎	
	生年月日	□□○○年○月○日	
	住　所	（郵便番号 町○－○－○	

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		地域移行支援員		その他の従業者	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤（人）	1		1				1		1		2	
	非常勤（人）												
常勤換算後の人数（人）		1		1				1		1		2	
基準上の必要人数（人）													

前年度の平均利用者数（人）	１８人	
居室（宿泊型実施の場合）	１室の最大定員	1人 / 人以下
	入所者１人当たりの最小床面積	7.43㎡ / ㎡

主な掲示事項	営業日	２月２９日～１月３日、国民の祝日を除く。）				
	営業時間	９：００～１５：００				
	主たる対象者	特定なし	細分なし	聴覚・言語	内部障害	
		知的障害者	精神障害者	難		
		○				
	利用定員	１８　人				
	基準上の必要定員	２０　人				
	利用料	厚生労働大臣が定める基準による。				
	その他の費用	食費				
	通常の事業の実施地域	川越市				
	その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	実施している　・　実施			
		苦情解決の措置の概要	事業所	担当者	川越　太郎	
		その他				

協力医療機関	名　称	○○病院	主な診療科名	内科
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			

事業所名称、所在地、連絡先を記入。様式19号の事業所名称、所在地と一致していること。

管理者が指定を受ける事業の従業者を兼務する場合は記入。

管理者氏名と住所を記入。添付書類の「管理者経歴書」と一致していること。

管理者が他の事業（同一敷地内の事業所等）の管理者を兼務する場合は記入。

訪問による自立訓練を行う場合は有に○

添付書類の「サービス管理責任者経歴書」と一致していること。

宿泊型自立訓練を行う場合は有に○

添付書類「勤務体制・形態一覧表」と一致していること。

管理者、栄養士、事務員等について記入。

新設の場合は前年度の平均利用者数を定員の9割とすること。

主たる対象者が「特定なし」以外の場合は、運営規程への記載及び「主たる対象者を特定する理由書」が必要。

添付書類「運営規程」の内容等と一致していること。

報酬額以外で利用者から受領している費用（食費や光熱水費等）を記入。

運営規程に定める通常の事業の実施地域を記入。

添付書類「利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要」の内容と一致していること。

添付書類「協力医療機関との契約の内容がわかるもの」で添付した協力医療機関の名称と科名を記入。

備考

1　「受付番号」、「基準上の必要人数」及び「基準上の必要定員」の欄には、記入しないでください。
2　「兼務」の欄には、短期入所事業以外との兼務を行う従業者について記入してください。
3　「看護職員」とは、保健師、看護師又は准看護師のことをいいます。
4　事業所の新設の場合は、「前年度の平均利用者数」の欄には、利用者の推定数を記入してください。
5　「その他の費用」の欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービスの内容を記入してください。
6　「通常の事業の実施地域」の欄には、市区町村名を記入することとし、当該区域の全部又は一部の別を記入してください。なお、実施地域が一部の地域に限られる場合は、当該地域の地図を添付してください。
7　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、別様に記入した書類を添付してください。
8　多機能型による事業を実施する場合は、実施するそれぞれのサービスに係る付表と付表１６を併せて提出してください。
9　従たる事業所がある場合は、付表７－２を併せて提出してください。

付表７－２　指定に係る事業所と一体的に実施する従たる事業所の記載事項

記入例（付表7－1と同様のため略）

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						
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の条文							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				住　所	（郵便番号　　－　　）							
	氏　名												
	生年月日												
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		地域移行支援員		その他の従業者	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	従業者数　常勤（人）												
	従業者数　非常勤（人）												
	常勤換算後の人数（人）												
	基準上の必要人数（人）												
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	特定なし		身体障害者									
				細分なし		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		実施している　・　実施していない									
		苦情解決の措置の概要		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											
一体的に事業を運営する その他の事業所													
添付書類		別添のとおり											

備考

1　「受付番号」、「基準上の必要人数」及び「基準上の必要定員」の欄には、記入しないでください。
2　「兼務」の欄には、短期入所事業以外との兼務を行う従業者について記入してください。
3　「看護職員」とは、保健師、看護師又は准看護師のことをいいます。
4　事業所の新設の場合は、「前年度の平均利用者数」の欄には、利用者の推定数を記入してください。
5　「その他の費用」の欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービスの内容を記入してください。
6　「通常の事業の実施地域」の欄には、市区町村名を記入することとし、当該区域の全部又は一部の別を記入してください。なお、実施地域が一部の地域に限られる場合は、当該地域の地図を添付してください。
7　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、別様に記入した書類を添付してください。
8　多機能型による事業を実施する場合は、実施するそれぞれのサービスに係る付表と付表１６を併せて提出してください。

付表８－１　指定に係る就労移行支援の事業を行う事業所の記載事項

（ 一般型 / 資格取得型 ）　**記入例**

※いずれかに○を付けてください。

受付番号	

事業所	フリガナ	ｶﾜｺﾞｴｼｮｳｶﾞｲﾌｸｼｻｰﾋﾞｽｼﾞｷﾞｮｳｼｮ							
	名　称	川越障害福祉サービス事業所							
	所 在 地	（郵便番号３５０－８６０１） 川越市元町１－３－１							
	連 絡 先	電話番号	○○○－×××－△△△△			ＦＡＸ番号	○○○－×××－△△△△		
管理者	フリガナ	ｶﾜｺﾞｴ ﾀﾛｳ		住　所	（郵便番号○○○－△△△△） ○○市○○町○－○－○				
	氏　名	川越　太郎							
	生年月日	□□○○年○月○日							
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の条文					第　条第　項第　号				
サービス管理責任者	フリガナ	ｶﾜｺﾞｴ ｼﾞﾛｳ		住 所	（郵便番号○○○－△△△△） ○○市○○町○－○－○				
	氏　名	川越　二郎							
	生年月日	□□○○年○月○日							

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）					2		1	
常勤換算後の人数（人）		1		1		2		1.7	
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）	1			
	非常勤（人）	1			
常勤換算後の人数（人）		1.6			
基準上の必要人数（人）					

前年度の平均利用者数（人）		１８人					
主な掲示事項	利用定員	２０人					
	基準上の必要定員	２０人					
	主たる対象者	特定なし	身体障害者				
			細分なし	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			
			○				
	利用料	厚生労働大臣					
	その他の費用	食費					
	通常の事業の実施地域	川越市					
	その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	実施している　・　実施していない				
		苦情解決の措置概要	窓口（連絡先）		事業所	担当者	川越 支部
		その他					
協力医療機関		名　称	○○病院		主な診療科名	外科	
連携する公共職業安定所その他の関係機関		ハローワーク○○、△△		ター、◇◇市就労支援センター、▽▽事			
添付書類		別添のとおり					

様式第19号の事業所名称、所在地と一致していること。

添付書類の「管理者経歴書」と一致していること。

添付書類の「サービス管理責任者経歴書」と一致していること。

添付書類「勤務体制・形態一覧表」と一致していること。

栄養士、事務員等について記入。

新設の場合は前年度の平均利用者数を定員の9割とすること。

主たる対象者が「特定なし」以外の場合は、運営規程への記載及び「主たる対象者を特定する理由書」が必要。

添付書類「運営規程」の内容等と一致していること。

報酬額以外で利用者から受領している費用を記入。

添付書類「利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要」の内容と一致していること。

運営規程に定める通常の事業の実施地域を記入。

添付書類「協力医療機関との契約の内容がわかるもの」で添付した協力医療機関の名称と科名を記入。

備考

1　「受付番号」、「基準上の必要人数」及び「基準上の必要定員」の欄には、記入しないでください。
2　「兼務」の欄には、短期入所事業以外との兼務を行う従業者について記入してください。
3　事業所の新設の場合は、「前年度の平均利用者数」の欄には、利用者の推定数を記入してください。
4　「その他の費用」の欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービスの内容を記入してください。
5　「通常の事業の実施地域」の欄には、市区町村名を記入することとし、当該区域の全部又は一部の別を記入してください。
なお、実施地域が一部の地域に限られる場合は、当該地域の地図を添付してください。
6　「連携する公共職業安定所その他の関係機関」の欄には、提携就労機関として、公共職業安定所、障害者就業・生活支援センター等の関係機関名を記入してください。
7　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、別様に記入した書類を添付してください。
8　多機能型による事業を実施する場合は、実施するそれぞれのサービスに係る付表と付表１６を併せて提出してください。
9　従たる事業所がある場合は、付表８－２を併せて提出してください。

付表８－２　指定に係る事業所と一体的に実施する従たる事業所の記載事項

記入例（付表8－1と同様のため

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				
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の条文			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）									
主な掲示事項	利用定員		人						
	基準上の必要定員		人						
	主たる対象者		特定なし	身体障害者					
				細分なし	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								
	通常の事業の実地地域								
	その他参考となる事項		第三者評価の実施状況	実施している　・　実施していない					
			苦情解決の措置の概要	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						

備考

1　「受付番号」、「基準上の必要人数」及び「基準上の必要定員」の欄には、記入しないでください。

2　「兼務」の欄には、短期入所事業以外との兼務を行う従業者について記入してください。

3　事業所の新設の場合は、「前年度の平均利用者数」の欄には、利用者の推定数を記入してください。

4　「その他の費用」の欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービスの内容を記入してください。

5　「通常の事業の実施地域」の欄には、市区町村名を記入することとし、当該区域の全部又は一部の別を記入してください。なお、実施地域が一部の地域に限られる場合は、当該地域の地図を添付してください。

6　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、別様に記入した書類を添付してください。

7　多機能型による事業を実施する場合は、実施するそれぞれのサービスに係る付表と付表１６を併せて提出してください。

付表９－１　指定に係る就労継続支援の事業を行う事業所の記載事項

（就労継続支援Ａ型　就労継続支援Ｂ型）　**記入例**

※いずれかに○を付けてください。

受付番号	

事業所	フリガナ	ｶﾜｺﾞｴｼｮｳｶﾞｲﾌｸｼｻｰﾋﾞｽｼﾞｷﾞｮｳｼｮ			
	名　称	川越障害福祉サービス事業所			
	所 在 地	（郵便番号３５０－８６０１） 川越市元町１－３－１			
	連 絡 先	電話番号	○○○－×××－△△△△	ＦＡＸ番号	○○○－×××－△△△△
管理者	フリガナ	ｶﾜｺﾞｴ ﾀﾛｳ	住　所	（郵便番号○○○－△△△△） ○○市○○町○－○－○	
	氏　名	川越　太郎			
	生年月日	□□○○年○月○日			
当該事業の実施について定めてある定款、寄付行為等又は条例等の条文				第　条第　項第　号	
サービス管理責任者	フリガナ	ｶﾜｺﾞｴ ｼﾞﾛｳ	住 所	（郵便番号○○○－△△△△） ○○市○○町○－○－○	
	氏　名	川越　二郎			
	生年月日	□□○○年○月○日			

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		1		1.6		1.8	
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）	１８人				
主な掲示事項	利用定員	２０人			
	基準上の必要定員	２０　人			
	主たる対象者	特定なし	細分なし	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	厚生労働大臣が定める基準による。			
	その他の費用	食費			
	通常の事業の実施地域	川越市			
	その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	実施している　・　実施していない		
		苦情解決の措置の概要	窓口（連絡先）	事業所	担当者　川越　太郎
		その他			
協力医療機関		名　称	○○病院	主な診療科名	
添付書類		別添のとおり			

様式第19号の事業所名称、所在地と一致していること。

添付書類の「管理者経歴書」と一致していること。

添付書類の「サービス管理責任者経歴書」と一致していること。

添付書類「勤務体制・形態一覧表」と一致していること。

栄養士、事務員等について記入。

新設の場合は前年度の平均利用者数を定員の9割とすること。

主たる対象者が「特定なし」以外の場合は、運営規程への記載及び「主たる対象者を特定する理由書」が必要。

添付書類「運営規程」の内容等と一致していること。

報酬額以外で利用者から受領している費用を記入。

運営規程に定める通常の事業の実施地域を記入。

添付書類「利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要」の内容と一致していること。

添付書類「協力医療機関との契約の内容がわかるもの」で添付した協力医療機関の名称と科名を記入。

備考

1　「受付番号」、「基準上の必要人数」及び「基準上の必要定員」の欄には、記入しないでください。

2　「当該事業・実施について定めてある定款、寄付行為等又は条例等の条文」は、就労継続支援Ａ型のみ該当します。

3　「兼務」の欄には、短期入所事業以外との兼務を行う従業者につい

4　事業所の新設の場合は、「前年度の平均利用者数」の欄には、利用

5　「その他の費用」の欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービスの内容を記入してください。

6　「通常の事業の実施地域」の欄には、市区町村名を記入することとし、当該区域の全部又は一部の別を記入してください。なお、実施地域が一部の地域に限られる場合は、当該地域の地図を添付してください。

7　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、別様に記入した書類を添付してください。

8　多機能型による事業を実施する場合は、実施するそれぞれのサービスに係る付表と付表１６を併せて提出してください。

9　従たる事業所がある場合は、付表９－２を併せて提出してください。

付表９－２　指定に係る事業所と一体的に実施する従たる事業所の記載事項

記入例（付表９－１と同様のため略）

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			
当該事業の実施について定めてある定款、寄付行為等又は条例等の条文						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）									
主な掲示事項	利用定員		人						
	基準上の必要定員		人						
	主たる対象者		特定なし	身体障害者					
				細分なし	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								
	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		実施している　・　実施していない				
			苦情解決の措置の概要		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						

備考

1　「受付番号」、「基準上の必要人数」及び「基準上の必要定員」の欄には、記入しないでください。

2　「兼務」の欄には、短期入所事業以外との兼務を行う従業者について記入してください。

3　事業所の新設の場合は、「前年度の平均利用者数」の欄には、利用者の推定数を記入してください。

4　「その他の費用」の欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービスの内容を記載してください。

5　「通常の事業の実施地域」の欄には、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、実施地域が一部の地域に限られる場合は、当該地域の地図を添付してください。

6　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか、別様に記載した書類を添付してください。

7　多機能型による事業を実施する場合は、実施するそれぞれのサービスに係る付表と付表１６を併せて提出してください。

付表１０　指定に係る就労定着支援の事業を行う事業所の記載事項

記入例

受付番号	

事業所	フリガナ	ｶﾜｺﾞｴｼｮｳｶﾞｲﾌｸｼｻｰﾋﾞｽｼﾞｷﾞｮｳｼｮ				
	名　　称	川越障害福祉サービス事業所				
	所 在 地	（郵便番号３５０－８６０１） 川越				
	連 絡 先	電話番号	○○○－×××－		ＡＸ番号	○○○－×××－△△△△
管理者	フリガナ	ｶﾜｺﾞｴ　ｼﾞﾛｳ		住所	○○－△△△△）	
	氏　　名	川越　二郎				
	生年月日	□□○○年○月○日			○○市○○町○－○－○	
	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）					
	兼務する他の事業所又は施設（兼務の場合のみ記入）	事業所等の名称	就労移行支援川越			
		兼務する職種及び勤務時間等	管理者 ９：００～１７：００			
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の条文				第　　条第　　項第　　号		
サービス管理責任者	フリガナ	ｶﾜｺﾞｴ ﾀﾛｳ		住所		
	氏　　名	川越　太郎				
	生年月日	□□○○年○月○日				
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		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）		1	1			1
	非常勤（人）						

主な掲示事項						
営業日	単位ごとの営業日　月～金（祝祭日、１２月２９日～１月３日を除く）					
営業時間	サービス提供時間（９：００～１８：００）					
主たる対象者	特定なし	身体障害者				
		細分なし	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	厚生労働大臣が定める基準による					
その他の費用	食費					
通常の事業の実施地域	川越市					
その他参考となる事項	苦情解決の措置の概要	窓口（連絡先）	事業所	担当者	川越　太郎	
	その他					
添付書類	別添のとおり					

様式第19号の事業所名称、所在地と一致していること。

管理者が指定を受ける事業の従業者を兼務する場合は記入。

管理者が他の事業（一体的に運営する事業所等）の管理者を兼務する場合は記入。

添付書類の「管理者経歴書」と一致していること。

新設の場合は一体的に運営する事業所（就労移行支援等）で一般就労し、6月に達した者の過去3年間の総数の70%を利用者数とすること。

添付書類の「サービス管理責任者経歴書」と一致していること。

添付書類「勤務体制・形態一覧表」と一致していること。

管理者、事務員等について記入。

主たる対象者が「特定なし」以外の場合は、運営規程への記載及び「主たる対象者を特定する理由書」が必要。

添付書類「運営規程」の内容等と一致していること。

運営規程に定める通常の事業の実施地域を記入。

報酬額以外で利用者から受領している費用を記入。

添付書類「利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要」の内容と一致していること。

備考

1　「受付番号」の欄には、記入しないでください。

2　「兼務」の欄には、２以上の障害福祉サービス等を兼務する従業者につい

3　事業所の新設の場合は、「前年度の平均利用者数」の欄には、利用者の推定数を記入してください。

4　「その他の費用」の欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービスの内容を記入してください。

5　「通常の事業の実施地域」の欄には、市区町村名を記入することとし、当該区域の全部又は一部の別を記入してくださ　い。なお、実施地域が一部の地域に限られる場合は、当該地域の地図を添付してください。

6　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、別様に記入した書類を添付してください。

7　一体的に運営する生活介護等の過去３年間の一般就労の移行実績を別紙に記入してください。

付表１３－１　指定に係る障害者支援施設に関する記載事項

受付番号	

施設	フリガナ	ｶﾜｺﾞｴｼｮｳｶﾞｲﾌｸｼｻｰﾋﾞｽｼﾞｷﾞｮｳｼｮ			
	名　称	川越障害福祉サービス事業所			
	所 在 地	（郵便番号３５０－８６０１） 川越市元町１－３－１			
	連 絡 先	電話番号	○○○－×××－△△△△	ＦＡＸ番号	○○○－×××－△△△△
管理者	フリガナ	ｶﾜｺﾞｴ ﾀﾛｳ	住　所	（郵便番号○○○－△△△△） ○○市○○町○－○－○	
	氏　名	川越　太郎			
	生年月日	□□○○年○月○日			

様式第19号の施設名称、所在地と一致していること。

添付書類の「管理者経歴書」と一致していること。

昼間実施サービスの定員（人）

合計	介護給付対象者	訓練等給付対象者	特定旧法受給者	定員緩和措置の有無	有　・　無
50	30	10	10		

付表13－2の内容と一致していること。

施設入所支援の定員（人）	40	他の社会福祉施設との併設の有無	有　・　無
併設施設の定員（人）		併設施設の種別	

従業者の職種・員数（人）		サービス管理責任者		医師		看護職員 合計		保健師		看護師		准看護師	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤（人）	1				5				5			
	非常勤（人）			1		1				1			
常勤換算後の人数（人）		1		1		5.5				5.5			

		理学療法士等 合計		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員		生活支援員 合計		通所		訪問	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤（人）	1						1		3		3			
	非常勤（人）														
常勤換算後の人数（人）		1.0						1.0		3.0		3.0			

		職業指導員 合計		右記以外		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）	2		2						1		3	
	非常勤（人）												
常勤換算後の人数（人）		2.0		2.0						1.0		3.0	

添付書類「勤務体制・形態一覧表」と一致していること。

管理者、事務員等を記入。

主な掲示事項							
主たる対象者	なし	身体障害者					
		細分なし	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	実施している　・　実施していない					
	苦情解決の措置の概要	窓口（連絡先）	事業所	担当者	川越　彩子		
	その他						
協力医療機関	名　称	○○病院	主な診療科名	内科			
協力歯科医療機関	名　称	○○歯科医院					

添付書類「運営規程」の内容等と一致していること。

添付書類	別添のとおり

添付書類「利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要」の内容と一致していること。

添付書類「協力医療機関との契約の内容がわかるもの」で添付した協力医療機関の名称と科名を記入。

備考

1　「受付番号」の欄には、記入しないでください。

2　昼間に複数の障害福祉サービスを実施する場合は、「昼間実施サービスの定員」の欄には、給付の種類ごとに定員の合計数を記入してください。

3　「定員緩和措置の有無」の欄は、川越市障害者支援施設の設備及び運営に関する基準を定める条例第４条第２項の規定による利用定員緩和措置の適用の有無を記入してください。

4　施設入所支援に複数のサービス単位を設ける場合は、「施設入所支援の定員」の欄には、定員の合計数を記入してください。

5　「従業者の職種・員数」の欄には、職種ごとに、昼間実施サービスの従事者（付表１３－３の１及び２欄に記入した職員）の合計数を記入してください。

6　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、別様に記入した書類を添付してください。

7　昼間に実施する複数の障害福祉サービスの種類は、付表１３－２に記入してください。

8　昼間に複数の障害福祉サービスを実施する場合は、各事業の付表も併せて提出してください。

付表１３－２　昼間実施サービス及び施設入所支援に係る記載事項

記入例

受付番号	

施設名	川越障害福祉サービス事業所							
昼間実施サービスの種類		生活介護 サービス単位 有	生活介護 サービス単位 無	自立訓練（機能訓練）	自立訓練（生活訓練）	就労移行支援（一般）	就労移行支援（資格取得）	就労継続支援（A型）	就労継続支援（B型）
	実施する事業		○						○
	前年度の平均利用者数（人）	27							18
	昼間多機能の実施	有 ・ 無		昼間の総定員数（人）		50			

新設の場合は前年度の平均利用者数を定員の9割とすること。

生活介護を行う場合のみ		施設が申告する障害程度区分の平均値		
		４未満	４以上５未満	５以上
前年度の平均利用者数（人）	サービス単位１		27	
	サービス単位２			
	サービス単位３			
施設入所支援	前年度の平均利用者数（人） サービス単位１		36	
	サービス単位２			
	サービス単位３			

新設の場合は前年度の平均利用者数を定員の9割とすること。

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	4人	人以下
	入所者１人当たりの最小床面積	6.6㎡	㎡
廊下	廊下の幅	1.35m	m
	中廊下の幅	1.8m	m

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の条文	第　条第　項第　号
短期入所の実施	有 ・ 無

主な掲示事項		
	営業日	月曜日から金曜日まで（１２月２９日～１月３日、国民の祝日を除く。）
	営業時間	９：００～１５：００
	利用料	厚生労働大臣が定める基準による。
	その他の費用	食費、預り金管理費
	通常の事業の実施地域	川越市全域
	その他	

報酬額以外で利用者から受領している費用を記入。

運営規程に定める通常の事業の実施地域を記入。

添付書類「運営規程」の内容等と一致していること。

備考

1　「受付番号」及び「基準上の必要値」の欄には、記入しないでください。

2　「昼間実施サービスの種類」の欄には、実施するサービスを該当する「実施する事業」の欄に○印を記入してください。

3　障害者支援施設の新設の場合は、「前年度の平均利用者数」の欄には、利用者の推定数を記入してください。

4　「その他の費用」の欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービスの内容を記入してください。

5　「通常の事業の実施地域」の欄には、市区町村名を記入することとし、当該区域の全部又は一部の別を記入してください。なお、実施地域が一部の地域に限られる場合は、当該地域の地図を添付してください。

6　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、別様に記入した書類を添付してください。

付表１３－３　従業員の職種・員数に係る記載事項

＿＿＿枚中　＿＿＿枚目

記入例

受付番号	

施設名	川越障害福祉サービス事業所

サービスの種類		従業者の職種・員数											
Ⅰ 生活介護（サービス単位＿） 自立訓練（機能訓練） 自立訓練（生活訓練）		サービス管理責任者		医師		看護職員							
						合計		保健師		看護師		准看護師	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤（人）	1				5				5			
	非常勤（人）			1		1				1			
常勤換算後の人数（人）		1.0		1.0		5.5				5.5			
基準上の必要人数（人）													

		理学療法士等								生活支援員		その他の従業者	
		合計		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員					
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤（人）	1						1		1		3	
	非常勤（人）												
常勤換算後の人数（人）		1.0						1.0		1.0		3.0	
基準上の必要人数（人）													

Ⅱ 就労移行支援 就労継続支援		サービス管理責任者		職業指導員						就労支援員	
				合計		右記以外		兼教官			
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤（人）		1	2		2					
	非常勤（人）										
常勤換算後の人数（人）		1		2		2					
基準上の必要人数（人）											

		生活支援員						その他の従業者	
		合計		通所		訪問			
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤（人）	1	1	1	1				3
	非常勤（人）								
常勤換算後の人数（人）		1.5		1.5				3.0	
基準上の必要人数（人）									

Ⅲ 施設入所支援（サービス単位＿）		サービス管理責任者		生活支援員		栄養士		その他の従業者	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤（人）		1	1	1				3
	非常勤（人）								
常勤換算後の人数（人）		1.0		1.5				3.0	
基準上の必要人数（人）									

管理者、栄養士、事務員等について記入。

管理者、事務員等について記入。

添付書類「勤務体制・形態一覧表」と一致していること。

備考

1　「受付番号」及び「基準上の必要人数」の欄には、記入しないでください。

2　当該施設が実施する障害福祉サービスをⅠ、Ⅱ及びⅢの欄に記載のサービス名に○を付け、○を付けた障害福祉サービス（生活介護及び施設入所支援は、サービス単位）ごとに、従事者数を記入してください。

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、複数枚に分けて記入してください。この場合においては、枚数が分かるように右上の記入欄に記入してください。

4　「兼務」欄には、２以上の障害福祉サービス等を兼務する従業者について記入してください。

付表１６　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）

記入例

多

受付番号	

（その１）

事業所1	フリガナ	ｶﾜｺﾞｴｼｮｳｶﾞｲﾌｸｼｻｰﾋﾞｽｼﾞｷﾞｮｳｼｮ			
	名　称	川越障害福祉サービス事業所			
	所在地	（郵便番号３５０－８６０１） 川越市元町１－３－１			
	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、下欄に記入すること。					
事業所2	フリガナ	ｶﾜｺﾞｴｼｮｳｶﾞｲﾌｸｼｻｰﾋﾞｽｼﾞｷﾞｮｳｼｮ（ﾀﾞｲ2）			
	名　称	川越障害福祉サービス事業所（第２）			
	所在地	（郵便番号○○○－△△△△） 川越市○○町○－○－○			
	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	ｶﾜｺﾞｴ ﾀﾛｳ	住　所	（郵便番号○○○－△△△△） ○○市○○町○－○－○	
	氏　名	川越　太郎			
	生年月日	□□○○年○月○日			
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設（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	なし	身体障害者					知的障害	精神障害者	難病等対象者
		細分なし	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程度区分の平均値		
		４未満	４以上５未満	５以上
前年度の平均利用者数（人）	サービス単位１			18
	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	生活介護 サービス単位 無	自立訓練（機能訓練）	自立訓練（生活訓練）	就労移行支援（一般型）	就労移行支援（資格取得型）	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								

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（一般型）	就労移行支援（資格取得型）	就労継続支援Ａ型	就労継続支援Ｂ型
合計	40	20						20
主たる事業所	40	20						20
その他の事業所								

備考

１　事業所の新設の場合は、「前年度の平均利用者数」の欄には、利用者の推定数を記入してください。

２　「定員緩和措置の有無」の欄には、川越市障害福祉サービス事業の設備及び運営に関する基準を定める条例第３８条の規定による利用定員に係る緩和措置の適用の有無を記入してください。

３　多機能型による事業を実施する場合は、実施するそれぞれのサービスに係る付表とこの表を併せて提出してください。

記入例

㊸

受付番号	

（その２）

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	専従	兼務
合計	従業者数	常勤（人）		1										
		非常勤（人）			1			1				1		
	常勤換算後の人数（人）		1		0.1		0.5				0.5			
	基準上の必要人数（人）													
事業所1	従業者数	常勤（人）		1										
		非常勤（人）			1			1				1		
	常勤換算後の人数（人）		1		0.1		0.5				0.5			
	基準上の必要人数（人）													
その他の事業所	従業者数	常勤（人）		1										
		非常勤（人）												
	常勤換算後の人数（人）		1											
	基準上の必要人数（人）													

			理学療法士等 合計		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員		生活支援員 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）											2			
		非常勤（人）											2			
	常勤換算後の人数（人）												3.1			
	基準上の必要人数（人）															
事業所1	従業者数	常勤（人）											1			
		非常勤（人）											1			
	常勤換算後の人数（人）												1.6			
	基準上の必要人数（人）															
その他の事業所	従業者数	常勤（人）											1			
		非常勤（人）											1			
	常勤換算後の人数（人）												1.5			
	基準上の必要人数（人）															

			職業指導員 合計		右記以外		兼教官		就労支援員		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
合計	従業者数	常勤（人）	1		1							1
		非常勤（人）	1		1							
	常勤換算後の人数（人）		1.5		1.5						1	
	基準上の必要人数（人）											
事業所1	従業者数	常勤（人）										1
		非常勤（人）										
	常勤換算後の人数（人）										1	
	基準上の必要人数（人）											
その他の事業所	従業者数	常勤（人）	1		1							1
		非常勤（人）	1		1							
	常勤換算後の人数（人）		1.5		1.5						1	
	基準上の必要人数（人）											

添付書類「勤務体制・形態一覧表」と一致していること。

備考

1　「受付番号」及び「基準上の必要人数」の欄には、記入しないでください。

2　「兼務」の欄には、本体施設との兼務を行う従業者について記入してください。

3　生活介護にサービス単位を導入する場合には、適宜欄を設けて記入するか、別様にサービス単位ごとの定員を記入してください。

4　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、別様に記入した書類を添付してください。