

○こども家庭庁 告示第三号
厚生労働省 告示第三号

児童福祉法施行規則の一部を改正する内閣府令（令和七年内閣府令第三十二号）及び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施行規則の一部を改正する命令（令和七年内閣府・厚生労働省令第三号）の施行に伴い、並びに児童福祉法施行規則（昭和二十三年厚生省令第十一号）及び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施行規則（平成十八年厚生労働省令第十九号）の規定に基づき、児童福祉法施行規則の規定に基づきこども家庭庁長官が定める様式並びに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施行規則の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式及びこども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める様式を次のように定め、令和八年四月一日から適用する。

令和七年三月三十一日

こども家庭庁長官 渡辺由美子
厚生労働大臣 福岡 資麿

児童福祉法施行規則の規定に基づきこども家庭庁長官が定める様式並びに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施行規則に基づき厚生労働大臣が定める様式及びこども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める様式

児童福祉法施行規則（昭和二十三年厚生省令第十一号）の規定に基づきこども家庭庁長官が定める様式並びに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施行規則（平成十八年厚生労働省令第十九号）の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式及びこども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める様式は、次の表の上欄に掲げる法令の規定に係る同表の中欄に掲げる区分に応じ、それぞれ同表の下欄に掲げる様式とする。

児童福祉法施行規則第十八条の二十七第七項	児童福祉法施行規則第十八条の二十七第一項本文の申請書	別紙様式第一号
	児童福祉法施行規則第十八条の二十七第二項本文の申請書	別紙様式第一号
児童福祉法施行規則第十八条の二十八第五項	児童福祉法施行規則第十八条の二十八第一項本文の申請書	別紙様式第一号
	児童福祉法施行規則第十八条の二十八第二項本文の申請書	別紙様式第一号
児童福祉法施行規則第十八条の二十九第六項	児童福祉法施行規則第十八条の二十九第一項本文の申請書	別紙様式第一号
	児童福祉法施行規則第十八条の二十九第二項本文の申請書	別紙様式第一号
児童福祉法施行規則第十八条の二十九の二第五項	児童福祉法施行規則第十八条の二十九の二第一項本文の申請書	別紙様式第一号
	児童福祉法施行規則第十八条の二十九の二第二項本文の申請書	別紙様式第一号

児童福祉法施行規則第十八条の三十五第五項	児童福祉法施行規則第十八条の三十五第一項の届出申請書	別紙様式第二号
児童福祉法施行規則第十八条の三十四の四第二項	児童福祉法施行規則第十八条の三十四の四第一項の申請書	別紙様式第二号
児童福祉法施行規則第十八条の三十一第五項	児童福祉法施行規則第十八条の三十一第一項本文の申請書	別紙様式第一号
児童福祉法施行規則第二十条の二十一の三第二項	児童福祉法施行規則第二十条の二十一の三第一項の申請書	別紙様式第一号
児童福祉法施行規則第二十条の二十二第三項	児童福祉法施行規則第二十条の二十二第一項の届出申請書	別紙様式第二号
児童福祉法施行規則第二十条の二十六の六第六項	児童福祉法施行規則第二十条の二十六の六第一項本文の申請書	別紙様式第一号
児童福祉法施行規則第二十条の二十六の七第四項	児童福祉法施行規則第二十条の二十六の七第一項の届出申請書	別紙様式第二号
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施行規則第三十四条の七第七項	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施行規則第三十四条の七第一項本文の申請書	別紙様式第一号

[illegible]

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施行規則第三十四項		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施行規則第三十四項		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施行規則第三十四項		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施行規則第三十四項		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施行規則第三十四項	
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施行規則第三十四項の申請書	別紙様式第一号	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施行規則第三十四項の申請書	別紙様式第一号	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施行規則第三十四項の申請書	別紙様式第一号	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施行規則第三十四項の申請書	別紙様式第一号	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施行規則第三十四項の申請書	別紙様式第一号

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三十三条第五項	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三十二條第二項		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三十九條第五項		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三十八條第三項第五項		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三十八條第二項第五項	
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三十三條第一項第三十の四	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三十二條第一項第三十四の四	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三十九條第二項第三十の四	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三十九條第一項第三十四の四	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三十八條第三項第二項第三十の四	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三十八條第一項第三十の四	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三十八條第二項第三十の四	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三十八條第一項第三十の四	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三十八條第二項第三十の四
別紙様式第二号	別紙様式第一号	別紙様式第一号	別紙様式第一号	別紙様式第一号	別紙様式第一号	別紙様式第一号	別紙様式第一号	別紙様式第一号

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四十條第四項		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五十九條第六項	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五十八條第四項		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五十七條第五項	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五十六條第三項	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五十五條第二項	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五十四條第一項
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六十條第一項第三十の四	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五十九條第三項第三十の四	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五十九條第一項第三十四の四	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五十八條第一項第三十四の四	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五十七條第二項第三十の四	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五十七條第一項第三十の四	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五十六條第一項第三十の四	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五十五條第一項第三十の四	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五十四條第一項第三十の四
別紙様式第二号	別紙様式第一号	別紙様式第一号	別紙様式第二号	別紙様式第一号	別紙様式第一号	別紙様式第二号	別紙様式第一号	別紙様式第一号

5 「事業の開始予定年月日」欄については、更新の場合にあつては、現に受けている指定の有効期間満了日を記載してください。

事業所	フリカナ 名 称										
	所在地	(郵便番号 -)									
	電話番号 E-Mail										
事業 事務 以外の	フリカナ 名 称	(郵便番号 -)									
	所在地										
	電話番号 E-Mail										
	フリカナ 氏 名			生年月日		年		月		日	
	住 所	(郵便番号 -)									
管理 者	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)										
	他の事業所又は施設の従 業者との兼務(兼務の場 合記入)		事業所等の名称		業務する職種及び勤務 時間等						
サ ー ビ ス 提 供	フリカナ 氏 名	(郵便番号 -)		生年月日		年		月		日	
	住 所										
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											
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項											
営業日(該当する 日に○)	日	月	火	水	木	金	土	祝			
	その他(年末年始等)										
営業時間	平日	:		~		:					
	土曜	:		~		:					
	日・祝	:		~		:					
サービ ス内 容	身体介護							身体介護(通院介助)			
	家事援助							家事援助(通院介助)			
	乗降介助										
利用料											
その他の費用											
通告の事業の実施 地域											

1. 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。
2. 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求めるサービスの内容についても記載してください。

記入欄不足時の資料

■事業所以外の事務所

フリガナ 名 称	-----		
所在地	(郵便番号 -----) -----		
電話番号	-----		
E-Mail	-----		
フリガナ 名 称	-----		
所在地	(郵便番号 -----) -----		
電話番号	-----		
E-Mail	-----		
フリガナ 名 称	-----		
所在地	(郵便番号 -----) -----		
電話番号	-----		
E-Mail	-----		

■サービス提供責任者

フリガナ 氏 名	生年月日	年	月	日
住 所	(郵便番号 -----) -----			
フリガナ 氏 名	生年月日	年	月	日
住 所	(郵便番号 -----) -----			
フリガナ 氏 名	生年月日	年	月	日
住 所	(郵便番号 -----) -----			
フリガナ 氏 名	生年月日	年	月	日
住 所	(郵便番号 -----) -----			
フリガナ 氏 名	生年月日	年	月	日
住 所	(郵便番号 -----) -----			
フリガナ 氏 名	生年月日	年	月	日
住 所	(郵便番号 -----) -----			

付表2 療養介護事業所の指定等に係る記載事項

事業 所	フリガナ 名 称	-----										
	所在地	(郵便番号 -----) -----										
管 理 者	連絡先	電話番号		-----								
	フリガナ 氏 名	E-Mail		生年月日		年 月 日						
管 理 者	住 所	(郵便番号 -----) -----		-----								
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)											
サ ー ビ ス 提 供 責 任 者	フリガナ 氏 名	(郵便番号 -----) -----		生年月日		年 月 日						
	住 所	-----										
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												
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項												
利用定員(人)		利用者の推定数(人)										
営業日(該当する日に○)	日	月	火	水	木	金	土	祝	-----			
	その他(年末年始等)											
営業時間	平日	-----										
	土曜	-----										
利用料	日・祝	-----										

その他の費用		-----										
通常の事業の実施地域		-----										
設備	多目的室(デイルーム)の有無(いずれかに○)	有		無								

- (備考)
- 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。
 - 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。
 - 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容についても記載してください。

付表3 生活介護事業所の指定等に係る記載事項

フリガナ 氏 名												(郵便番号)																															
所在地																																											
電話番号																																											
E-Mail																																											
フリガナ 氏 名												(郵便番号				生年月日				年				月				日															
住 所												()																															
管 理 者												当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)																															
サ ー ビ ス 仕 入 管 理												他の事業所又は施設の後 業者との兼務(兼務の場 合記入)				事業所等の名称				業務する職種及び勤務 時間等																							
												フリガナ 氏 名				(郵便番号				生年月日				年				月				日											
住 所												()																															
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等												第		条		第		項		第		号																					
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項																																											
利用定員(人)												事業所が申告する障害支援区分の平均値																															
利用者の推定数 (人)												サービスマン単位				4未満				4以上5未満				5以上																			
												サービスマン単位1																															
												サービスマン単位2																															
												サービスマン単位3																															
営業日(該当する 日に○)												日				月				火				水				木				金				土				祝			
その他(年未年始等)																																											
営業時間												平日				土曜				日・祝				：				～				：				～				：			
利用料																																											
その他の費用																																											
通常の事業の実施 地域																																											
協力医療機関												名称								診療科名																							
○一体系的に実施する使たる事業所の指定等に係る記載事項																																											
フリガナ 氏 名												(郵便番号				生年月日				年				月				日															
住 所												()																															
E-Mail																																											
電話番号																																											
事業所																																											
サ ー ビ ス 仕 入 管 理												フリガナ 氏 名				生年月日				年				月				日															
住 所												(郵便番号												-				)															
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																					

利用定員(人)	事業所が申告する障害支援区分の平均値										
	サード単位			4未満			4以上5未満			5以上	
利用者の推定数(人)	サード単位1										
	サード単位2										
	サード単位3										
営業日(該当する日に○)	日	月	火	水	木	金	土	日	祝		
	その他(年末年始等)										
営業時間	平日	:			~			:			
	土曜	:			~			:			
	日・祝	:			~			:			
利用料											
その他の費用											
通常の事業の実施地域											
協力医療機関	名称					診療科名					

- (備考)
- 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。
 - 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。
 - 「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ド内容についても記載してください。
 - 「診療科名」欄には、主な診療科名1つを記載してください。

記入欄不足時の資料

サード管理責任者

フリガナ氏名	生年月日	年	月	日
住所	(郵便番号)			
フリガナ氏名	生年月日	年	月	日
住所	(郵便番号)			
フリガナ氏名	生年月日	年	月	日
住所	(郵便番号)			
フリガナ氏名	生年月日	年	月	日
住所	(郵便番号)			
フリガナ氏名	生年月日	年	月	日
住所	(郵便番号)			
フリガナ氏名	生年月日	年	月	日
住所	(郵便番号)			

協力医療機関

名称	診療科名
名称	診療科名
名称	診療科名
名称	診療科名
名称	診療科名

付表 4 短期入所事業所の指定等に係る記載事項

事業所	フリガナ 名 称										
	所在地	(郵便番号 -)									
	電話番号										
管理 者	E-Mail										
	フリガナ 氏 名					生年月日	年 月 日				
	住 所	(郵便番号 -)									
事業所の種別(いずれかに○及び定員(人))	当該事業所で業務する他の職種(業務の場合記入)										
	他の事業所又は施設の従業員などの業務(業務の場合記入)										
	業務する職種及び勤務時間等										
	定員										
事業所の種別(いずれかに○及び定員(人))	種別	定員									
	空床型	本体施設の空床の範囲内									
	併設型 単独型										
本体施設の種別・名称・定員・入所者数	名称	定員									
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件等	種別	前年度平均入所者数									
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項	第 条 第 項 第 号										
利用者の推定数(人)											
営業日(該当する日に○)	日	月	火	水	木	金	土	祝			
	その他(年末年始等)										
営業時間	平日	:									
	土曜	:									
	日・祝	:									
利用料											
その他の費用											
通常の事業の実施地域											
協力医療機関	名称	診療科名									

1. 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。
2. 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。
3. 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容についても記載してください。
4. 「診療科名」欄には、主な診療科名1つを記載してください。

記入欄不足時の資料
■協力医療機関

協力医療機関	名称	診療科名	
	名称	診療科名	
	名称	診療科名	
	名称	診療科名	

付表 5 重度障害者等包括支援事業所の指定等に係る記載事項

事業所	フリガナ 名 称										
	(郵便番号	-									)
事業所	所在地										
	電話番号										
事業所	E-Mail										
	フリガナ 名 称										
事業所	(郵便番号	-									)
	所在地										
事業所	電話番号										
	E-Mail										
フリガナ 氏 名	生年月日	年 月 日									
	(郵便番号	-									
住 所											
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)										
管理 者	事業所等の名称										
	他の事業所又は施設の従 業員との兼務(兼務の場 合記入)										
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項											
事業 所 の 体 制	提供する障害福祉サ ー ビス	種類		事業所名							
	第三者委託により提供 する障害福祉サ－ビス	種類		事業所名		所在地					
利用者からの連絡対応 体制の概要											
利用者の推定数(人)											
主たる対象者 (いずれかに○)		特定しない		Ⅰ 類型		Ⅱ 類型		Ⅲ 類型			
営業日(該当する 日に○)	日	月	火	水	木	金	土		祝		
	その他(年末年始等)										
営業時間	平日	～ ～									
	土曜	～ ～									
利用料	日・祝	～ ～									
その他の費用											
通常の事業の実施 地域											
協力医療機関		名称					診療科名				

(備考)
1. 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。

- 2. 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。
- 3. 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容についても記載してください。
- 4. 「診療科名」欄には、主な診療科名 1 つを記載してください。

記入欄不足時の資料

■事業所以外の事務所

フリガナ 名称	-----		
所在地	-----		
電話番号	-----		
E-Mail	-----		
フリガナ 名称	-----		
所在地	-----		
電話番号	-----		
E-Mail	-----		
フリガナ 名称	-----		
所在地	-----		
電話番号	-----		
E-Mail	-----		

■サービス提供者

フリガナ 氏名	生年月日	年	月	日
住所	-----			
フリガナ 氏名	生年月日	年	月	日
住所	-----			
フリガナ 氏名	生年月日	年	月	日
住所	-----			
フリガナ 氏名	生年月日	年	月	日
住所	-----			
フリガナ 氏名	生年月日	年	月	日
住所	-----			
フリガナ 氏名	生年月日	年	月	日
住所	-----			

■事業所の体制

事業所の体制	種類	事業所名	事業所番号
	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			

■協力医療機関

協力医療機関	名称	診療科名	
	名称	診療科名	
	名称	診療科名	
	名称	診療科名	

付表6 自立訓練(機能訓練・生活訓練)事業所の指定等に係る記載事項

サービス種別(申請するものに○)		機能訓練	生活訓練	※指定自立訓練を実施する場合は○	
フリガナ					
名 称		(郵便番号 -)			
事業所					
所在地		-----			
電話番号		-----			
E-Mail		-----			
フリガナ		生年月日	年 月 日		
氏 名		(郵便番号 -)			
住 所		-----			
管 理 者		-----			
当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)		-----			
他の事業所又は施設の従業員等との兼務(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 -----			
サービス 責任者 管 理		フリガナ	生年月日	年 月 日	氏 名
住 所		(郵便番号 -)			
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					
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項		訪問事業の実施		有	無
利用定員(人)		-----			
利用者の推定数(人)		-----			
営業日(該当する日に○)		日	月	火	水
その他(年末年始等)		-----			
営業時間		平日	:	:	:
		土曜	:	:	:
		日・祝	:	:	:
利用料		-----			
その他の費用		-----			
通常の事業の実施地域		-----			
協力医療機関		名称	診療科名		-----
○一体的に実施する従たる事業所の指定等に係る記載事項					
フリガナ					
名 称		(郵便番号 -)			
事業所		-----			
所在地		-----			
電話番号		-----			
E-Mail		-----			
フリガナ		生年月日	年 月 日		
氏 名		(郵便番号 -)			
住 所		-----			
サービス 責任者 管 理		-----			

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		有	無	-----
利用定員(人)		-----		
利用者の推定数(人)		-----		
営業日(該当する日に○)		日	月	火
その他(年末年始等)		-----		
営業時間		平日	:	:
		土曜	:	:
		日・祝	:	:
利用料		-----		
その他の費用		-----		
通常の事業の実施地域		-----		
協力医療機関		名称	診療科名	-----

- (備考)
- 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。
 - 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。
 - 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容についても記載してください。
 - 「診療科名」欄には、主な診療科名 1 つを記載してください。

フリガナ 氏 名	生年月日	年	月	日
住 所	(郵便番号)			
フリガナ 氏 名	生年月日	年	月	日
住 所	(郵便番号)			
フリガナ 氏 名	生年月日	年	月	日
住 所	(郵便番号)			
フリガナ 氏 名	生年月日	年	月	日
住 所	(郵便番号)			
フリガナ 氏 名	生年月日	年	月	日
住 所	(郵便番号)			
フリガナ 氏 名	生年月日	年	月	日
住 所	(郵便番号)			
フリガナ 氏 名	生年月日	年	月	日
住 所	(郵便番号)			

サ ー ビ ス 管 理 責 任 者

■協力医療機関		診療科名	
協力医療機関	名称	診療科名	
	名称	診療科名	
	名称	診療科名	
	名称	診療科名	

付表7 就労選択支援事業所の指定等に係る記載事項

[illegible]

1. 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。
2. 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。
3. 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサードス内容についても記載してください。
4. 「診療科名」欄には、主な診療科名1つを記載してください。

通常の事業の実施地域			
協力医療機関	名称	診療科名	
提携就労支援機関			

- (備考)
- 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。
 - 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。
 - 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容についても記載してください。
 - 「診療科名」欄には、主な診療科名1つを記載してください。

記入欄不足時の資料

■サービス管理責任者

フリガナ 氏 名	(郵便番号)	生年月日	年	月	日
住 所					
フリガナ 氏 名	(郵便番号)	生年月日	年	月	日
住 所					
フリガナ 氏 名	(郵便番号)	生年月日	年	月	日
住 所					
フリガナ 氏 名	(郵便番号)	生年月日	年	月	日
住 所					
フリガナ 氏 名	(郵便番号)	生年月日	年	月	日
住 所					
フリガナ 氏 名	(郵便番号)	生年月日	年	月	日
住 所					

■協力医療機関

名称	診療科名	
名称	診療科名	
名称	診療科名	
名称	診療科名	

付表9 就労継続支援事業所の指定等に係る記載事項

サービス種別(申請するものに○)		就労継続支援A型		就労継続支援B型	
フリガナ					
事業所名		(郵便番号)			
所在地					
電話番号					
E-Mail					
フリガナ氏名		生年月日		年 月 日	
住所		(郵便番号)			
管理者					
当該事業所で業務する他の職種(業務の場合記入)					
他の事業所又は施設の従業員との業務(業務の場合記入)		業務する職種及び勤務時間等			
サービス担当者管理					
フリガナ氏名		生年月日		年 月 日	
住所		(郵便番号)			
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					
O運営・設備に関する基準の確認に必要な事項					
利用定員(人)					
利用者の推定数(人)					
利用料					
その他の費用					
通常の事業の実施地域					
協力医療機関		名称		診療科名	
O一体的に実施する従たる事業所の指定等に係る記載事項					
フリガナ名称					
事業所名		(郵便番号)			
所在地					
電話番号					
E-Mail					
サービス担当者管理		フリガナ氏名		生年月日	
住所		(郵便番号)			
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					
利用定員(人)					
利用者の推定数(人)					
利用料					
その他の費用					

通常の事業の実施地域			
協力医療機関	名称	診療科名	

- (備考)
- 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。
 - 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。
 - 「その他の費用」欄には、利用者へ直接金銭の負担を求める場合のサービス内容についても記載してください。
 - 「診療科名」欄には、主な診療科名1つを記載してください。

記入欄不足時の資料

■サービス管理責任者

フリガナ 氏 名	生年月日	年	月	日
住 所	(郵便番号)			
フリガナ 氏 名	生年月日	年	月	日
住 所	(郵便番号)			
フリガナ 氏 名	生年月日	年	月	日
住 所	(郵便番号)			
フリガナ 氏 名	生年月日	年	月	日
住 所	(郵便番号)			
フリガナ 氏 名	生年月日	年	月	日
住 所	(郵便番号)			
フリガナ 氏 名	生年月日	年	月	日
住 所	(郵便番号)			
フリガナ 氏 名	生年月日	年	月	日
住 所	(郵便番号)			

サービス管理責任者

■協力医療機関			
名称	診療科名		
名称	診療科名		
名称	診療科名		
名称	診療科名		

付表10 就労定着支援事業所の指定等に係る記載事項

事業所	フリガナ 名 称	(郵便番号)									
	所在地										
管 理 者	電話番号 E-Mail										
	フリガナ 氏 名	生年月日	年	月	日						
管 理 者	住 所	(郵便番号)									
	当該事業所で業務する他の職種(業務の場合記入)										
サービス 責任者 管理	フリガナ 氏 名	生年月日	年	月	日						
	住 所	(郵便番号)									
他の事業所又は施設の従 業者の業務(業務の場 合記入)		業務所等の名称 業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											
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項											
利用者の推定数 (人)											
一体的に運営する事業 所の前半段の平均利用 者数(人)											
営業日(該当する 日に○)											
日 月 火 水 木 金 土 祝											
平日											
土曜											
日・祝											
営業時間											
利用料											
その他の費用											
通常の事業の実施 地域											

- (備考)
- 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。
 - 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。
 - 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容についても記載してください。

記入欄不足時の資料

■サービス管理責任者

[illegible]

付表11 自立生活援助事業所の指定等に係る記載事項

フリガナ 姓	(郵便番号)									
所在地										
電話番号 E-Mail										
フリガナ 氏名	(郵便番号)		生年月日		年		月		日	
住所										
管理者	当該事業所で業務する他の職種(業務の場合記入)									
他の事業所又は施設の出 発地への業務(業務の場合 記入)	事業所等の名称									
業務する職種及び勤務 時間等										
フリガナ 氏名	(郵便番号)		生年月日		年		月		日	
責任者 氏名 住所										
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	第	第	第	第	第	第	第	第	第
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項										
利用者の推定数 (人)										
営業日(該当する 日に○)	日	月	火	水	木	金	土	祝		
その他(年末年始等)										
平日	:		~		:		~			
土曜	:		~		:		~			
日・祝	:		~		:		~			
利用料										
その他の費用										
運営の事業の実施 地域										

1. 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。
2. 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。
3. 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービスの内容についても記載してください。

記入欄不足時の資料
■サービスマネージャー

フリガナ氏名	生年月日	年	月	日
住所	(郵便番号)			
フリガナ氏名	生年月日	年	月	日
住所	(郵便番号)			
フリガナ氏名	生年月日	年	月	日
住所	(郵便番号)			
フリガナ氏名	生年月日	年	月	日
住所	(郵便番号)			
フリガナ氏名	生年月日	年	月	日
住所	(郵便番号)			
フリガナ氏名	生年月日	年	月	日
住所	(郵便番号)			
フリガナ氏名	生年月日	年	月	日
住所	(郵便番号)			

付表12 共同生活援助事業所の指定等に係る記載事項

フリガナ氏名	(郵便番号)			
所在地				
電話番号	E-Mail			
フリガナ氏名	生年月日	年	月	日
住所	(郵便番号)			
管理名	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)			
他の事業所又は施設の従業員との兼務(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		
サービスマネージャー氏名	(郵便番号)	生年月日	年	月 日
住所				
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				
〇運営・設備に関する基準の確認に必要な事項				
サービスマネージャーの提供形態(該当部分に〇)	介護サービスマネージャー	生活支援員の業務の外部委託の予定	有	無
	日中サービスマネージャー	有の場合の月間時間数		
外部サービスマネージャー	受託居宅介護サービスマネージャー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
利用定員(人)				
利用者の定数(人)				
指定生活介護事業所等との連携体制	連携する施設の種別	施設名		
支障医療機関	概要	診療科名		
協力歯科医療機関	名称			

○共同生活住居の情報

フリガナ 名 称		(前頁に記載)			
所在地		(前頁に記載)			
共同生活住居① (主たる事業所)					
連絡先					
住所区分 (該当するものに○)		一戸建て マンション		アパート その他	
建物所有者名					
賃貸借契約の内容		家賃月額(円)			
住居の利用定員(人)		契約期間		~	
住居者1人当たりの居室の最小床面積(m ²)		居室数		~	
一体的に運営するサフライト型住居数(箇所)		居室数		室(うち個室 室)	
主たる対象者 (対象とするものに○)		身体障害 精神障害		知的障害 難病等対象者	
フリガナ 名 称					
所在地		(郵便番号)			
共同生活住居②					
電話番号		住所区分 (該当するものに○)		一戸建て マンション	
建物所有者名		建物所有者名		アパート その他	
賃貸借契約の内容		家賃月額(円)		契約期間	
住居の利用定員(人)		契約期間		~	
住居者1人当たりの居室の最小床面積(m ²)		居室数		~	
一体的に運営するサフライト型住居数(箇所)		居室数		室(うち個室 室)	
主たる対象者 (対象とするものに○)		身体障害 精神障害		知的障害 難病等対象者	
フリガナ 名 称					
所在地		(郵便番号)			
共同生活住居③					
電話番号		住所区分 (該当するものに○)		一戸建て マンション	
建物所有者名		建物所有者名		アパート その他	
賃貸借契約の内容		家賃月額(円)		契約期間	
住居の利用定員(人)		契約期間		~	
住居者1人当たりの居室の最小床面積(m ²)		居室数		~	
一体的に運営するサフライト型住居数(箇所)		居室数		室(うち個室 室)	
主たる対象者 (対象とするものに○)		身体障害 精神障害		知的障害 難病等対象者	

○サフライト型住居の情報

フリガナ 名 称		(郵便番号)			
所在地		(郵便番号)			
サフライト型住居①					
電話番号		住所区分 (該当するものに○)		一戸建て マンション	
建物所有者名		建物所有者名		アパート その他	
賃貸借契約の内容		家賃月額(円)		契約期間	
住居の利用定員(人)		契約期間		~	
住居者1人当たりの居室の最小床面積(m ²)		居室の最小床面積(m ²)		~	
本体住居との距離(km)		居室の最小床面積(m ²)		~	
主たる対象者 (対象とするものに○)		身体障害 精神障害		知的障害 難病等対象者	
フリガナ 名 称					
所在地		(郵便番号)			
サフライト型住居②					
電話番号		住所区分 (該当するものに○)		一戸建て マンション	
建物所有者名		建物所有者名		アパート その他	
賃貸借契約の内容		家賃月額(円)		契約期間	
住居の利用定員(人)		契約期間		~	
住居者1人当たりの居室の最小床面積(m ²)		居室の最小床面積(m ²)		~	
本体住居との距離(km)		居室の最小床面積(m ²)		~	
主たる対象者 (対象とするものに○)		身体障害 精神障害		知的障害 難病等対象者	
フリガナ 名 称					
所在地		(郵便番号)			
サフライト型住居③					
電話番号		住所区分 (該当するものに○)		一戸建て マンション	
建物所有者名		建物所有者名		アパート その他	
賃貸借契約の内容		家賃月額(円)		契約期間	
住居の利用定員(人)		契約期間		~	
住居者1人当たりの居室の最小床面積(m ²)		居室の最小床面積(m ²)		~	
本体住居との距離(km)		居室の最小床面積(m ²)		~	
主たる対象者 (対象とするものに○)		身体障害 精神障害		知的障害 難病等対象者	

(備考)

1. 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。

2. 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。

3. 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサードビス内容についても記載してください。

4. 「診療科名」欄には、主な診療科名1つを記載してください。

記入欄不足時の資料

■サービス管理責任者

[illegible]

■事業所の体制

事業所番号	事業所名	種類
		但に指定を受けている 障害福祉サービス等 事業所の体制
		委託による提携事業所
		種類
		事業所番号

■協力医療機関

協力医療機関	名称	診療科名	
	名称	診療科名	
	名称	診療科名	
協力歯科医療機関	名称		
	名称		
	名称		

付表 13 障害者支援施設の指定等に係る記載事項

フリガナ 氏 名	(郵便番号)		
所在地	-----		
電話番号	-----		
E-Mail	-----		
フリガナ 氏 名	生年月日	年 月 日	
住 所	(郵便番号)	-----	
管 理 者	当該施設で業務する他の職種(業務の場合記入)		
他の事業所又は施設の従業者との業務(業務の場合記入)	事業所等の名称	-----	
兼任する職種及び勤務時間等	-----		
フリガナ 氏 名	生年月日	年 月 日	
住 所	(郵便番号)	-----	
責任者管理	-----		

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 ²)		
廊下の幅(m)		
中廊下の幅(m)		
既存施設名		
施設種別		
経過措置	有	
特定旧法受給者数(人)		
名称	診療科名	
協力医療機関	名称	
(就労移行支援を行う場合のみ)提携就労支援機関 名称		

施設 設置	(郵便番号)		
所在地	-----		
電話番号	-----		
E-Mail	-----		
フリガナ 氏 名	生年月日	年 月 日	
住 所	(郵便番号)	-----	
管 理 者	当該施設で業務する他の職種(業務の場合記入)		
他の事業所又は施設の従業者との業務(業務の場合記入)	事業所等の名称	-----	
兼任する職種及び勤務時間等	-----		
フリガナ 氏 名	生年月日	年 月 日	
住 所	(郵便番号)	-----	
責任者管理	-----		

実施主体は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明等	第	条	第	項	第	号
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項						

○星間実施サービス及び施設入所支援に係る記載事項

星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（一般型）	就労移行支援（資力取得特型）	就労継続支援（A型）	就労移行支援（B型）	
	実施有無							
利用者の推定数								
星間多機能の実施	有			無				星間の総定員数(人)
(生活介護を行う場合のみ)利用者の推定数(人)	サービス単位	施設が申告する障害支援区分の平均値						
	サービス単位1	4未満	4以上5未満				5以上	
	サービス単位2							
	サービス単位3							
星間実施サービスの定員(人)	介護給付対象者	訓練等給付対象者		特定旧法受給者	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		有			無
併設施設の定員(人)			併設施設の種類					
施設入所支援の利 用者の推定数	サービス単位1							
	サービス単位2							
	サービス単位3							
短期入所の実施	併設型							
	空床型							
営業日(該当する日に○)	短期入所の利用者の推定数(人)							
	日	月	火	水	木	金	土	祝
営業時間	その他(年末年始等)							
	平日							：
	土曜							：
	日・祝							：
利用料								
その他の費用								
通常の事業の実施 地域								

- (備考)
- 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。
 - 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。
 - 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容についても記載してください。

記入欄不足時の資料

■サービス管理責任者

フリガナ氏名	生年月日	年	月	日
住所	(郵便番号)			
フリガナ氏名	生年月日	年	月	日
住所	(郵便番号)			
フリガナ氏名	生年月日	年	月	日
住所	(郵便番号)			
フリガナ氏名	生年月日	年	月	日
住所	(郵便番号)			
フリガナ氏名	生年月日	年	月	日
住所	(郵便番号)			
フリガナ氏名	生年月日	年	月	日
住所	(郵便番号)			
フリガナ氏名	生年月日	年	月	日
住所	(郵便番号)			
フリガナ氏名	生年月日	年	月	日
住所	(郵便番号)			

■協力医療機関等

協力医療機関	名称	診療科名	
	名称	診療科名	
	名称	診療科名	
協力歯科医療機関	名称		
	名称		

付表14 指定一般相談支援事業所の指定等に係る記載事項

サービス種別(申請するものに○)	地域移行支援	地域定着支援	
フリガナ 名 称			
事業所 所在地	()		
電話番号 E-Mail			
フリガナ 氏 名	生年月日	年	月 日
住 所	(郵便番号	-	)
管理者 営 営	当該事業所における相談支援専門員との業務の有無	有	無
他の事業所又は施設の利用者との業務(業務の場 舎記入)	事業所等の名称		
指定地域相談支援の提供に当た る者	住 所	(郵便番号	-
フリガナ 氏 名	生年月日	年	月 日
住 所	(郵便番号	-	)
フリガナ 氏 名	生年月日	年	月 日
住 所	(郵便番号	-	)
フリガナ 氏 名	生年月日	年	月 日
住 所	(郵便番号	-	)
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
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項			
常時の通路上の確保の具体的な方法 (地域定着支援のみ)			
営業日(該当する 日に○)	日	月	火 水 木 金 土 祝
営業時間	平日 土曜 日・祝		
その他の費用	その他の(年末年始等)		
通常の事業の実施	地域		

1. 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄が不足時の資料」に記載して添付してください。
2. 「その他の費用」欄には、利用者に直接受益の負担を求める場合のサービス内容についても記載してください。

記入欄不足時の資料

■指定地域相談支援の提供に当たる者

[illegible]

サービス種別(申請するものに○)				特定相談支援				障害児相談支援			
事業者											
フリガナ 名 称		(郵便番号)									
所在地											
電話番号											
フリガナ 氏 名		生年月日		年		月		日			
(郵便番号)											
住 所											
管理者											
当該事業所における相談支援専門員との業務の有無		有		無							
他の事業所又は施設の従業者との業務(業務の場合記入)		事業所等の名称									
フリガナ 氏 名		生年月日		年		月		日			
(郵便番号)											
住 所											
フリガナ 氏 名		生年月日		年		月		日			
(郵便番号)											
住 所											
相談支援専門員		主任相談支援専門員に該当		有		無					
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則等											
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項											
営業日(該当する日に○)		日		月		火		水		木	
その他(年末年始等)											
平日		:		:		:		:		:	
土曜		:		:		:		:		:	
日・祝		:		:		:		:		:	
通常の事業の実施地域											
○一体系的に実施する従たる事業所の指定等に係る記載事項											
フリガナ											
名 称											
所在地		(郵便番号)									
電話番号											
E-Mail											

フリガナ 氏 名		生年月日		年		月		日	
(郵便番号		)							
住 所									
管理 者		当該事業所における相談支援専門員との業務の有無		有		無			
他の事業所又は施設の従業員との業務(兼務の場合記入)		事業所等の名称							
		業務する職種及び勤務時間等							
フリガナ 氏 名		生年月日		年		月		日	
(郵便番号		)		主任相談支援専門員に該当					
住 所									
フリガナ 氏 名		生年月日		年		月		日	
(郵便番号		)		主任相談支援専門員に該当					
住 所									
フリガナ 氏 名		生年月日		年		月		日	
(郵便番号		)		保有資格					
住 所									
相談 支援 員		生年月日		年		月		日	
(郵便番号		)		社会福祉士					
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									
住 所									

(備考)

1. 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。
2. 「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ドス内容についても記載してください。

記入欄不足時の資料

■相談支援専門員及び相談支援員

相談支援専門員	フリガナ氏名	生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号)	主任相談支援専門員に該当	有	無
	フリガナ氏名	生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号)	主任相談支援専門員に該当	有	無
相談支援専門員	フリガナ氏名	生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号)	主任相談支援専門員に該当	有	無
	フリガナ氏名	生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号)	主任相談支援専門員に該当	有	無
相談支援専門員	フリガナ氏名	生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号)	主任相談支援専門員に該当	有	無
	フリガナ氏名	生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号)	主任相談支援専門員に該当	有	無
相談支援専門員	フリガナ氏名	生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号)	主任相談支援専門員に該当	有	無
	フリガナ氏名	生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号)	主任相談支援専門員に該当	有	無

付表16 児童発達支援事業所及び放課後等デイサービス事業所の指定等に係る記載事項

サービス種別(申請する種別に○)		児童発達支援		放課後等デイサービス	
児童発達支援センターに該当するか(該当する場合は、○)					
フリガナ氏名	(郵便番号)				
所在地	(郵便番号)				
電話番号	E-Mail				
フリガナ氏名	生年月日	年	月	日	
住所	(郵便番号)				
管理者	事業所等の名称				
児童発達支援責任者(兼務の場合記入)	事業所又は施設の従業員としての兼務(兼務の場合記入)				
フリガナ氏名	(郵便番号)	生年月日	年	月	日
住所	(郵便番号)				
営業時間	平日	土曜	日・祝		
送迎の有無	有	無			
利用料					
その他の事業の実施地域					
協力医療機関	名称	主な診療科名			
○一体的に実施する従たる事業所の指定等に係る記載事項					
フリガナ氏名	(郵便番号)				
所在地	(郵便番号)				
電話番号	E-Mail				
フリガナ氏名	生年月日	年	月	日	
住所	(郵便番号)				
管理者	事業所等の名称				
他の事業所又は施設の従業員としての兼務(兼務の場合記入)	業務する職種及び勤務時間等				

児童発達支援 責任者 氏名	フリガナ 氏名	-----				生年月日		年 月 日	
	住所	(郵便番号 -----)							
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									
利用定員(人)									
利用者の推定数									
(人)									
営業日(該当する日に○)	日	月	火	水	木	金	土	祝	
	その他(年末年始等)								
営業時間	平日	-----							
	土曜 日・祝	-----							
送迎の有無	有 ----- 無 -----								
利用料	-----								
その他の費用	-----								
通常の事業の実施 地域	-----								
協力医療機関	名称	-----							

- (備考)
- 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。
 - 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。
 - 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容についても記載してください。

記入欄不足時の資料

■児童発達支援管理責任者

フリガナ 氏名	-----	生年月日	年 月 日
住所	(郵便番号 -----)		
フリガナ 氏名	-----	生年月日	年 月 日
住所	(郵便番号 -----)		
フリガナ 氏名	-----	生年月日	年 月 日
住所	(郵便番号 -----)		
フリガナ 氏名	-----	生年月日	年 月 日
住所	(郵便番号 -----)		
フリガナ 氏名	-----	生年月日	年 月 日
住所	(郵便番号 -----)		
フリガナ 氏名	-----	生年月日	年 月 日
住所	(郵便番号 -----)		

■協力医療機関

名称	-----	主な診療科名	-----
名称	-----	主な診療科名	-----
名称	-----	主な診療科名	-----
名称	-----	主な診療科名	-----

付表17 居宅訪問型児童発達支援事業所の指定等に係る記載事項

事業所	フリガナ名										
	所在地	(郵便番号)									
	電話番号										
管理 者	E-Mail										
	フリガナ氏名			生年月日		年 月 日					
	住所	(郵便番号)									
児童 発達 支援 者 授	他の事業所又は施設の従業員との兼務(兼務の場合記入)		事業所等の名称								
	フリガナ氏名	(郵便番号)	生年月日		年 月 日						
	住所										
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											
〇運営・設備に関する基準の確認に必要な事項											
専用の区画の有無	有		無								
営業日(該当する日に〇)	日	月	火	水	木	金	土	祝			
営業時間	その他(年末年始等)										
	平日	:		:		:		:			
	土曜	:		:		:		:			
利用料	日・祝										
その他の費用											
通常の事業の実施地域											
協力医療機関	名称					主な診療科名					

1. 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。
2. 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容についても記載してください。

記入欄不足時の資料

児童発達支援管理責任者											
フリガナ氏名	(郵便番号)		生年月日		年 月 日						
住所											
フリガナ氏名	(郵便番号)		生年月日		年 月 日						
住所											
フリガナ氏名	(郵便番号)		生年月日		年 月 日						
住所											
フリガナ氏名	(郵便番号)		生年月日		年 月 日						
住所											
フリガナ氏名	(郵便番号)		生年月日		年 月 日						
住所											

付表18 保育所等訪問支援事業所の指定等に係る記載事項

事業所	フリガナ 名 称											
	所在地	()										
	電話番号											
管 理 者	E-Mail											
	フリガナ 氏 名			生年月日		年		月		日		
	住所	(郵便番号 ())										
管 理 者	住所	(郵便番号 ())										
	他の事業所又は施設の役 業者との兼務(兼務の場 合記入)	事業所等の名称		業務する職種及び勤務 時間等								
	児童発達 責任者 住所	フリガナ 氏 名			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 ○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項	児童発達 責任者 住所	(郵便番号 ())										
	営業日(該当する 日に○)	日 月 火 水 木 金 土 祝										
	その他(年末年始等)											
営業時間	平日											
	土曜											
	日・祝											
利用料												
その他の費用												
通常の事業の実施 地域												

1. 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。
2. 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容についても記載してください。

記入欄不足時の資料

■児童発達支援管理責任者

児童発達支援 管理責任者	フリガナ 氏 名			生年月日		年		月		日	
	住所	(郵便番号 ())									
	フリガナ 氏 名			生年月日		年		月		日	
児童発達支援 管理責任者	住所	(郵便番号 ())									
	フリガナ 氏 名			生年月日		年		月		日	
	住所	(郵便番号 ())									
児童発達支援 管理責任者	フリガナ 氏 名			生年月日		年		月		日	
	住所	(郵便番号 ())									
	フリガナ 氏 名			生年月日		年		月		日	
児童発達支援 管理責任者	住所	(郵便番号 ())									
	フリガナ 氏 名			生年月日		年		月		日	
	住所	(郵便番号 ())									

付表 19 障害児入所支援(福祉型障害児入所施設)の指定等に係る記載事項

フリガナ 名称									
(郵便番号)									
所在地									
電話番号									
E-Mail									
フリガナ 氏名									
(郵便番号)									
生年月日 年 月 日									
住所									
フリガナ 氏名									
生年月日 年 月 日									
管理費負担者 氏名									
(郵便番号)									
生年月日 年 月 日									
住所									
フリガナ 氏名									
(郵便番号)									
生年月日 年 月 日									
併設する施設の名称及び概要									
名称									
概要									
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									
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項									
居室									
1室の最大定員(人)									
入所者1人あたりの最小床面積 (㎡)									
居室									
調理室									
浴室									
便所									
設置部分(設置されているものに○)									
医務室									
静養室									
音楽に関する設備									
身体機能の不自由を助ける設備									
遊戯室									
映像に関する設備									
屋外遊戯場									
入所定員(人)									
利用者の推定数(人)									
利用料									
その他の費用									
協力医療機関									
名称									
主な診療科名									

1. 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。
2. 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。
3. 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容についても記載してください。

記入欄不足時の資料

[illegible]

■協力医療機関

協力医療機関	名称	主な診療科名	
	名称	主な診療科名	
	名称	主な診療科名	
協力歯科医療機関	名称		
	名称		
	名称		

フリガナ 名 称					
所在地		(郵便番号 -)			
電話番号 E-mail					
フリガナ 氏 名		生年月日		年 月 日	
住 所		(郵便番号 -)			
児童 管理発達 責任者 住 所		生年月日		年 月 日	
フリガナ 氏 名					
併設する施設の名称及び概要		名称			
概要					
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			
〇運営・設備に関する基準の確認に必要な事項		1室の最大定員(人)			
居室		入所者1人あたりの最小床面積 (㎡)			
支障室		浴室	静養室	屋外遊戯場	
設置部分(設置されているもの) ○		特殊工芸の作業を支援するに必要な設備	着脱器具を製作する設備	身体の不自由を助ける設備	
*医療法に規定する病院として必要な設備を設けてあること					
入所定員(人)					
利用者の推定数(人)					
利用料					
その他の費用					
協力歯科医療機関		名称			

記入欄不足時の資料			
児童発達支援管理責任者			
フリガナ 氏 名	生年月日	年	月 日
住所 (郵便番号)			
フリガナ 氏 名	生年月日	年	月 日
住所 (郵便番号)			
フリガナ 氏 名	生年月日	年	月 日
住所 (郵便番号)			
フリガナ 氏 名	生年月日	年	月 日
住所 (郵便番号)			
フリガナ 氏 名	生年月日	年	月 日
住所 (郵便番号)			

協力歯科医療機関	名称	
	名称	
	名称	
	名称	