



別紙1-2 居宅介護等を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

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	
主な揭示事項				
営業日				
営業時間				
指定居宅介護等の内容(該当するものを○で囲む)				
居宅介護【身体介護・家事援助等・通院等乗降介助】、重度訪問介護、行動支援				
主たる対象者(該当するものを○で囲む)	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	身体障害者・知的障害者・精神障害者		
	同行支援	特定なし・身体障害者(視覚障害)・障害児(視覚障害)		
	行動支援	特定無し・知的障害者・障害児・精神障害者		
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				
一体的に管理運営を行う他の事業所				
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業に記載した書類を添付してください。
  - 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
  - 「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。

別紙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 - ) 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 県 郡・市			
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	事業所等の名称 兼務する職種及び勤務時間等			
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等又は条例等				第 条 第 項 第 号	
サービス管理責任者	フリガナ	(郵便番号 - )			
	氏名	住所			
従業者の職種・員数		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(テイルーム) 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)
- 「受付番号」欄、「基準上の必要人数」欄及び「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。
  - 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別業に記載した書類を添付してください。
  - 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。

別紙3 生活介護事業所の指定に係る記載事項

※1 従たる事業所のある場合は、別紙3-2を併せて提出してください。
※2 多機能型事業所は、各事業の別紙と別紙13を併せて提出してください。

受付番号

Form for '別紙3' containing fields for facility name, location, manager, staff, and service details.

- 1. 「受付番号」欄、「基準上の必要人数」欄、「基準上の必要員」欄及び「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. 「看護職員」とは保健師、看護師及び准看護師のことをいいます。
4. 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
5. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
6. 「※兼務」欄は、施設入所支援事業以外との兼務を行う職員について記載してください。
7. 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
8. 共生型生活介護の申請の場合は、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

別紙3-2 一体的に実施する従たる事業所の指定に係る記載事項

※多機能型事業所実施時は、各事業の別紙と別紙13を併せて提出してください。

受付番号

Form for '別紙3-2' containing fields for facility name, location, manager, staff, and service details.

- 1. 「受付番号」欄、「基準上の必要人数」欄、「基準上の必要員」欄及び「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. 「看護職員」とは保健師、看護師及び准看護師のことをいいます。
4. 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
5. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
6. 「※兼務」欄は、施設入所支援事業以外との兼務を行う職員について記載してください。
7. 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

別紙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 - ) 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			県 郡・市							
	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数(人)											
単独型事業所の居室	1室の最大定員(人) <small>入所者1人当たりの最小床面積</small> m											
従業者の職種・員数(人)	サービス管理責任者	医師	看護職員				看護師	准看護師	心理士	心理士		心理士
	専従 ※兼務	専従 ※兼務	専従 ※兼務	専従 ※兼務	専従 ※兼務	専従 ※兼務	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)												
職能判定員	合計	理学療法士	作業療法士	機能訓練指導員	あん摩マツサージ指圧師	生活支援員						
	専従 ※兼務	専従 ※兼務	専従 ※兼務	専従 ※兼務	専従 ※兼務	専従 ※兼務						
	従業者数	常勤(人)										
	非常勤(人)											
	常勤換算後の人数(人)											
基準上の必要人数(人)												
職業指導員	職業指導員	就労支援員	介護職員	児童指導員	保育士	精神保健福祉士	その他の従業者					
	専従 ※兼務	専従 ※兼務	専従 ※兼務	専従 ※兼務	専従 ※兼務	専従 ※兼務	専従 ※兼務					
	従業者数	常勤(人)										
	非常勤(人)											
	常勤換算後の人数(人)											
基準上の必要人数(人)												
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 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分かるもの)											

(備考)

- 「受付番号」欄及び「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 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。
- 「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。
- 「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。
- 共生型短期入所の申請の場合は、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
  - 協力医療機関との契約の内容が分かるもの

別紙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 - ) 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			県 郡・市						
	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(兼務する場合記入)											
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・寄付行為等又は条例等 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」欄及び「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 「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。

別紙6

(その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

受付番号

主たる事業所	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					
サービスの提供形態(該当部分に○)	介護サービス包括型	生活支援員の業務の外部委託の予定 有(月 時間)・無						
	日中サービス支援型	生活支援員の業務の外部委託の予定 有(月 時間)・無						
	外部サービス利用型	受託居宅介護サービス事業者が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 別業のとおり						
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				第 条 第 項 第 号				
管理者	フリガナ	(郵便番号 - )						
	氏名	住所 県 郡・市						
他の事業所、施設又は医療機関の従事者との兼務(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						
事業所の利用定員数	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	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	
	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)							
居宅介護従業者の外部委託の予定	有(月 時間)		無					
障害者支援施設等との連携体制等	連携施設の種別及び名称							
	支援体制の概要							
一体的に管理運営される他の事業所								
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況		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)	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分かるもの等)							

※ 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います。

(その2)

共同生活住居①	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	
グループホームに供する建物形態				
住居区分:一戸建て・アパート・マンション・その他( )				
建物所有者名:				
賃貸借契約の内容: ア 敷金 イ 礼金 ウ 家賃(月額) エ 契約期間 オ 賃貸料がない理由				
住居の利用定員数 人				
居室数 室(うち個室 室)				
入居者1人当たりの居室の最小床面積 m				
一体的に運営するサテライト型住居:				
一体的に運営するサテライト型住居の利用者から連絡を受ける通信機器:				
主たる対象者 身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 精神障害者 ・ 難病等対象者				
利用料				
その他の費用				
共同生活住居②	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 - ) 県 郡・市		
	連絡先	電話番号	FAX番号	
グループホームに供する建物形態				
住居区分:一戸建て・アパート・マンション・その他( )				
建物所有者名:				
賃貸借契約の内容: ア 敷金 イ 礼金 ウ 家賃(月額) エ 契約期間 オ 賃貸料がない理由				
住居の利用定員数 人				
居室数 室(うち個室 室)				
入居者1人当たりの居室の最小床面積 m				
一体的に運営するサテライト型住居:				
一体的に運営するサテライト型住居の利用者から連絡を受ける通信機器:				
主たる対象者 身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 精神障害者 ・ 難病等対象者				
利用料				
その他の費用				
共同生活住居③	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 - ) 県 郡・市		
	連絡先	電話番号	FAX番号	
グループホームに供する建物形態				
住居区分:一戸建て・アパート・マンション・その他( )				
建物所有者名:				
賃貸借契約の内容: ア 敷金 イ 礼金 ウ 家賃(月額) エ 契約期間 オ 賃貸料がない理由				
住居の利用定員数 人				
居室数 室(うち個室 室)				
入居者1人当たりの居室の最小床面積 m				
一体的に運営するサテライト型住居:				
一体的に運営するサテライト型住居の利用者から連絡を受ける通信機器:				
主たる対象者 身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 精神障害者 ・ 難病等対象者				
利用料				
その他の費用				

(その3)

サ ニ テ ラ イ ト 型 住 居 ①	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
	グループホームに供する建物形態	
	住居区分:一戸建て・アパート・マンション・その他( )	
	建物所有者名:	
	賃貸借契約の内容: ア 敷金 イ 礼金 ウ 家賃(月額) エ 契約期間 オ 賃貸料がない理由	
	居室数	室(うち個室 室)
	入居者1人当たりの居室の最小床面積	m <sup>2</sup>
	本体住居の名称:	
	本体住居との距離	km
	利用者が本体住居へ移動する時間(手段):	
	利用者が本体住居への連絡に使用する通信機器:	
	主たる対象者	身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 精神障害者 ・ 難病等対象者
利用料		
その他の費用		
サ ニ テ ラ イ ト 型 住 居 ②	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
	グループホームに供する建物形態	
	住居区分:一戸建て・アパート・マンション・その他( )	
	建物所有者名:	
	賃貸借契約の内容: ア 敷金 イ 礼金 ウ 家賃(月額) エ 契約期間 オ 賃貸料がない理由	
	居室数	室(うち個室 室)
	入居者1人当たりの居室の最小床面積	m <sup>2</sup>
	本体住居の名称:	
	本体住居との距離	km
	利用者が本体住居へ移動する時間(手段):	
	利用者が本体住居への連絡に使用する通信機器:	
	主たる対象者	身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 精神障害者 ・ 難病等対象者
利用料		
その他の費用		
サ ニ テ ラ イ ト 型 住 居 ③	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
	グループホームに供する建物形態	
	住居区分:一戸建て・アパート・マンション・その他( )	
	建物所有者名:	
	賃貸借契約の内容: ア 敷金 イ 礼金 ウ 家賃(月額) エ 契約期間 オ 賃貸料がない理由	
	居室数	室(うち個室 室)
	入居者1人当たりの居室の最小床面積	m <sup>2</sup>
	本体住居の名称:	
	本体住居との距離	km
	利用者が本体住居へ移動する時間(手段):	
	利用者が本体住居への連絡に使用する通信機器:	
	主たる対象者	身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 精神障害者 ・ 難病等対象者
利用料		
その他の費用		

(その4)

受 託 居 宅 介 護 事 業 者 ①	フリガナ	
	事業者名称	(郵便番号 - )
	主たる事務所所在地	県 郡・市
	連絡先	電話番号 FAX番号
	フリガナ	
	事業所名称	(郵便番号 - )
	事業所の所在地	県 郡・市
	連絡先	電話番号 FAX番号
	委託契約締結日:	年 月 日
	受 託 居 宅 介 護 事 業 者 ②	フリガナ
事業者名称		(郵便番号 - )
主たる事務所所在地		県 郡・市
連絡先		電話番号 FAX番号
フリガナ		
事業所名称		(郵便番号 - )
事業所の所在地		県 郡・市
連絡先		電話番号 FAX番号
委託契約締結日:		年 月 日

**別紙7**

**自立訓練（機能訓練）事業所の指定に係る記載事項**

※1 多機能型事業実施時は、各事業の別紙と別紙13を併せて提出してください。  
 ※2 従たる事業所のある場合は、別紙9-2を併せて提出してください。

受付番号												
施設	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 - ) 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		県 郡・市								
	当該自立訓練事業所で業務する他の職種(業務の場合のみ記入)											
	他の事業所又は施設の従業者との兼務(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											
	当該事業の実施について定めてある定款又は条例等 第 条 第 項 第 号											
	訪問事業の実施の有無 有 ・ 無											
	サービス	フリガナ	(郵便番号 - )									
	管理責任者	氏名	住所									
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		
従業者数	常勤(人)	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	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						
従業者数	常勤(人)	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	非常勤(人)											
常勤換算後の人数(人)												
基準上の必要人数(人)												
前年度の平均利用者数(人)												
主な揭示事項												
営業日												
営業時間												
主たる対象者		特定無し	細分無し	肢体不自由	身体障害者 視覚障害	聴覚・言語	内部障害					
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分かるもの)										

(備考)

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

**別紙7-2**

**一体的に実施する従たる事業所の指定に係る記載事項**

※多機能型事業実施時は、各事業の別紙と別紙13を併せて提出してください。

受付番号											
施設	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 - ) 県 郡・市									
	連絡先	電話番号	FAX番号								
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等 第 条 第 項 第 号											
訪問事業の実施の有無 有 ・ 無											
サービス	フリガナ	(郵便番号 - )									
管理責任者	氏名	住所									
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	
従業者数	常勤(人)	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	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					
従業者数	常勤(人)	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	非常勤(人)										
常勤換算後の人数(人)											
基準上の必要人数(人)											
前年度の平均利用者数(人)											
主な揭示事項											
営業日											
営業時間											
主たる対象者		特定無し	細分無し	肢体不自由	身体障害者 視覚障害	聴覚・言語	内部障害				
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分かるもの)									

(備考)

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

**別紙8**

自立訓練（生活訓練）事業所の指定に係る記載事項

※1 多機能型事業実施時は、各事業の別紙と別紙13を併せて提出してください。  
 ※2 従たる事業所のある場合は、別紙10～2を併せて提出してください。

受付番号

施設	フリガナ 名称										
	所在地 (郵便番号 - ) 県 郡・市										
	連絡先 電話番号	FAX番号									
管理者	フリガナ	住所 (郵便番号 - ) 県 郡・市									
	氏名										
	当該自立訓練事業所で勤務する他の職種(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										
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等 第 条第 項第 号											
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											
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	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)											
居室(宿泊型実施の場合)	1室の最大定員 人 以下										
	入所者1人当たりの最小床面積 m										
主な揭示事項											
営業日											
営業時間											
主たる対象者	特定無し		知的障害者		精神障害者						
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分かるもの)										

(備考)

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

**別紙8-2**

一体的に実施する従たる事業所の指定に係る記載事項

※多機能型事業実施時は、各事業の別紙と別紙13を併せて提出してください。

受付番号

施設	フリガナ 名称										
	所在地 (郵便番号 - ) 県 郡・市										
	連絡先 電話番号	FAX番号									
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等 第 条第 項第 号											
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											
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	専従 兼務	専従 兼務	専従 兼務	専従 兼務	
	従業者数	常勤(人)									
		非常勤(人)									
		常勤換算後の人数(人)									
	基準上の必要人数(人)										
前年度の平均利用者数(人)											
主な揭示事項											
営業日											
営業時間											
主たる対象者	特定無し		知的障害者		精神障害者						
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分かるもの)										

(備考)

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



**別紙9**

就労移行支援事業の指定に係る記載事項

※1 多機能型事業実施時は、各事業の別紙と別紙13を併せて提出してください。  
 ※2 従たる事業所のある場合は、別紙11-2を併せて提出してください。

受付番号																																																																																																																																		
施設	フリガナ																																																																																																																																	
	名称																																																																																																																																	
	所在地	(郵便番号 - )		県 郡・市																																																																																																																														
	連絡先	電話番号	FAX番号																																																																																																																															
管理者	フリガナ			住所 (郵便番号 - )																																																																																																																														
	氏名			県 郡・市																																																																																																																														
	他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)		事業所等の名称 兼務する職種及び勤務時間等																																																																																																																															
	当該事業の実施について定めてある定款又は条例等 第 条第 項第 号																																																																																																																																	
サービス管理責任者	フリガナ			住所 (郵便番号 - )																																																																																																																														
	氏名			県 郡・市																																																																																																																														
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2">従業者の職種・員数</th> <th colspan="2">管理者</th> <th colspan="2">サービス管理責任者</th> <th colspan="2">職業指導員</th> <th colspan="2">生活支援員</th> </tr> <tr> <td>専従</td> <td>※兼務</td> <td>専従</td> <td>※兼務</td> <td>専従</td> <td>※兼務</td> <td>専従</td> <td>※兼務</td> <td>専従</td> <td>※兼務</td> </tr> <tr> <td>従業者数</td> <td>常勤(人)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>非常勤(人)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">常勤換算後の人数(人)</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">基準上の必要人数(人)</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">就労支援員</td> <td colspan="2">その他の従業者</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>専従</td> <td>※兼務</td> <td>専従</td> <td>※兼務</td> <td>専従</td> <td>※兼務</td> <td>専従</td> <td>※兼務</td> <td></td> </tr> <tr> <td>従業者数</td> <td>常勤(人)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>非常勤(人)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">常勤換算後の人数(人)</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">基準上の必要人数(人)</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>										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	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	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	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	専従	※兼務	専従	※兼務																																																																																																																										
従業者数	常勤(人)																																																																																																																																	
	非常勤(人)																																																																																																																																	
常勤換算後の人数(人)																																																																																																																																		
基準上の必要人数(人)																																																																																																																																		
前年度の平均利用者数(人)																																																																																																																																		
主な揭示事項																																																																																																																																		
利用定員		人																																																																																																																																
基準上の必要定員		人																																																																																																																																
主たる対象者	特定無し		細分無し		肢体不自由		視覚障害		聴覚・言語																																																																																																																									
	知的障害者		精神障害者																																																																																																																															
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)																																																																																																																										
		その他						担当者																																																																																																																										
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分かるもの)																																																																																																																																

(備考)

1. 「受付番号」欄、「基準上の必要人数」欄、「基準上の必要値」欄及び「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. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
4. 「※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。
5. 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。
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. 「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。

**別紙9-2**

一体的に実施する従たる事業所の指定に係る記載事項

※多機能型事業実施時は、各事業の別紙と別紙13を併せて提出してください。

受付番号										
施設	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号 - )		県 郡・市						
	連絡先	電話番号	FAX番号							
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等 第 条第 項第 号										
従業者の職種・員数		管理者		サービス管理責任者		職業指導員		生活支援員		
	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務		
従業者数	常勤(人)									
	非常勤(人)									
常勤換算後の人数(人)										
基準上の必要人数(人)										
		就労支援員		その他の従業者						
	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務		
従業者数	常勤(人)									
	非常勤(人)									
常勤換算後の人数(人)										
基準上の必要人数(人)										
前年度の平均利用者数(人)										
主な揭示事項										
利用定員		人								
基準上の必要定員		人								
主たる対象者	特定無し		細分無し		肢体不自由		視覚障害		聴覚・言語	
	知的障害者		精神障害者							
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)		
		その他						担当者		
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分かるもの)								

(備考)

1. 「受付番号」欄、「基準上の必要人数」欄、「基準上の必要値」欄及び「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. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
4. 「※兼務」欄は、短期入所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。
5. 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。
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。

別紙10

就労継続支援事業の指定に係る記載事項

※1 多機能型事業実施時は、各事業の別紙と別紙13を併せて提出してください。  
 ※2 従たる事業所のある場合は、別紙1～2を併せて提出してください。

( 就労継続支援(A型)  
 就労継続支援(B型) )  
 ※いずれかに○を付してください。

受付番号

施設	フリガナ 名 称							
	所在地	(郵便番号 ー ) 県 郡・市						
	連絡先	電話番号	FAX番号					
	フリガナ	住所		(郵便番号 ー ) 県 郡・市				
管理者	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		第 条第 項第 号						
サービス 管理責任者	フリガナ							
	氏名	住所 (郵便番号 ー ) 県 郡・市						
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						
		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	知的障害者	精神障害者						
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			
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(A型のみ)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・形態一覽表、設備・備品等一覽表、協力医療機関との契約内容が分かるもの)							

(備考)

1. 「受付番号」欄、「基準上の必要人数」欄、「基準上の必要値」欄及び「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. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
4. 「※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。
5. 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。
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。

別紙10-2

一体的に実施する従たる事業所の指定に係る記載事項

※多機能型事業実施時は、各事業の別紙と別紙13を併せて提出してください。

受付番号

施設	フリガナ 名 称							
	所在地	(郵便番号 ー ) 県 郡・市						
	連絡先	電話番号	FAX番号					
	フリガナ	住所		(郵便番号 ー ) 県 郡・市				
管理者	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		第 条第 項第 号						
サービス 管理責任者	フリガナ							
	氏名	住所 (郵便番号 ー ) 県 郡・市						
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						
		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	知的障害者	精神障害者						
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			
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(A型のみ)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・形態一覽表、設備・備品等一覽表、協力医療機関との契約内容が分かるもの)							

(備考)

1. 「受付番号」欄、「基準上の必要人数」欄、「基準上の必要値」欄及び「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. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
4. 「※兼務」欄は、短期入所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。
5. 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。
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。

別紙11 (その1)

指定障害福祉サービス事業所に係る多機能型による事業を実施する場合の記載事項(総括表)



※多機能型事業実施時は各別紙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	都・道・府・県 区・郡・市										
	連絡先	電話番号						FAX番号				
事業所5	フリガナ											
	名称											
	所在地	都・道・府・県 区・郡・市										
	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									
主たる対象とする障害の種類	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					
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										
前年度の平均 実利用者数 (人)	サービス単位1	4未満										
	サービス単位2	4以上5未満										
	サービス単位3	5以上										
実施事業	生活介護	児童デイ	自立訓練 (機能訓練)	自立訓練 (生活訓練)	就労移行支援 (通常)	就労移行支援 (あはき)	就労継続支援 (A型)	就労継続支援 (B型)				
	サービス単位	サービス単位										
主たる事業所		有	無	有	無							
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	児童デイ	自立訓練 (機能訓練)	自立訓練 (生活訓練)	就労移行支援 (通常)	就労移行支援 (あはき)	就労継続支援 (A型)	就労継続支援 (B型)			
合計												
主事業所												
その他の事業所												

別紙11 (その2)



受付番号

従業者の職種・員数															
サービス 管理責任者	医師		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)													
	非常勤(人)														
	常勤換算後の人数(人)														
	基準上の必要人数(人)														
事業所1	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)														
合計	理学療法士等											生活支援員			
	合計	理学療法士	作業療法士	機能訓練指導員	合計	通所	訪問								
専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務		
合計	従業者数	常勤(人)													
	非常勤(人)														
	常勤換算後の人数(人)														
	基準上の必要人数(人)														
事業所1	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)														
合計	職業指導員											就労支援員		その他の従業者	
	合計	右記以外	兼教官						合計	通所	訪問				
専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務		
合計	従業者数	常勤(人)													
	非常勤(人)														
	常勤換算後の人数(人)														
	基準上の必要人数(人)														
事業所1	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)
- 「受付番号」欄及び「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
  - 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別業に記載した書類を添付してください。
  - 「定員緩和措置の有無」欄は、高知県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91条の規定に基づき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。
  - 生活介護にサービス単位を導入する場合には、適宜欄を設けて記載するか又は別業にサービス単位ごとの定員を記載してください。
  - 新設の場合には、「前年度平均実利用者数」欄は推定数を記入してください。
  - 「※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。

別紙12-1

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 - ) 県 郡・市										
管理者	連絡先	電話番号					FAX番号					
	フリガナ			住所	(郵便番号 - ) 県 郡・市							
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		合計		保健師	看護職員					
	専従 ※兼務	専従 ※兼務	専従 ※兼務	専従 ※兼務	専従 ※兼務	専従 ※兼務	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)												
				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	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)												
		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	専従 ※兼務	専従 ※兼務					
従業者数	常勤(人)											
	非常勤(人)											
常勤換算後の人数(人)												
主な揭示事項												
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									
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					
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分かるもの)										

(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業に記載した書類を添付してください。
- 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。
- 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」欄には、定員の合計数を記載してください。
- 「定員緩和措置の有無」欄は、高知県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10条第2項の規定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。
- 「従業者の職種・員数」欄には、職種ごとに、屋間実施サービスの従事者(別紙12-3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。
- 「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。

別紙12-2

昼間実施サービス及び施設入所支援に係る記載事項

受付番号

施設名												
屋間実施サービスの種類	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)	就労移行支援(通常)	就労移行支援(あはき)	就労継続支援(A型)	就労移行支援(B型)			
		有	無									
実施する事業												
前年度の平均実利用者数(人)												
屋間多機能の実施		有・無		屋間の総定員数(人)								
生活介護を行う場合のみ				施設が申告する障害程度区分の平均値								
				4未満		4以上5未満		5以上				
前年度の平均実利用者数(人)	サービス単位1											
	サービス単位2											
施設入所支援	前年度の平均実利用者数(人)	サービス単位1										
		サービス単位2										
		サービス単位3										
設備基準上の数値記載項目等											基準上の必要値	
居室	1室の最大定員		人		人		以下					
	入所者1人当たりの最小床面積		㎡		㎡		㎡					
廊下	廊下の幅		m		m		m					
	中廊下の幅		m		m		m					
既存施設からの移行の場合												
既存施設名												
施設種別												
経過措置		有・無										
特定旧法受給者数(人)												
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等				第 条第 項第 号								
短期入所の実施		有・無										
主な揭示事項												
営業日												
営業時間												
利用料												
その他の費用												
通常の事業の実施地域												
その他												

(備考)

- 「受付番号」欄及び「基準上の必要値」欄には、記載しないでください。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別業に記載した書類を添付してください。
- 「屋間実施サービスの種類」欄は、実施するサービスについて、該当欄に○を記入してください。
- 新設の場合には、「前年度の平均実利用者数」欄は推定数を記入してください。
- 既存の障害者施設からの移行の場合で、高知県指定障害者支援施設の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例附則の規定による経過措置の適用を受ける場合には、「経過措置」欄の「有」に○をつけてください。
- 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
- 「通常の事業の実施地域」については、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は適宜地図を添付してください。

別紙12-3

従業員の職種・員数に係る記載事項

\_\_\_\_ 枚中 \_\_\_\_ 枚目

受付番号 \_\_\_\_\_

施設名 _____													
施設障害福祉サービスの種類 _____													
従業員の職種・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							
		専従 ※兼務		専従 ※兼務		合計		保健師		看護師		准看護師	
従業員数		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)													
従業員数		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)													
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							
		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務							
従業員数		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)													
従業員数		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)													
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		その他の従業員					
		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務		合計		通所		訪問	
従業員数		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)

- 「受付番号」欄及び「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
- 当該施設が実施する障害福祉サービスごと(生活介護及び施設入所支援にあっては、サービス単位ごと)に、従事する職員数を記載し、I～III欄は、それぞれ実施する障害福祉サービス名に○をつけてください。
- 複数のサービス単位を設ける場合など、記入欄が不足する場合には、複数枚に分けて記載して下さい。
- 「※兼務」欄は、二以上の障害福祉サービス等を兼務する職員について記載してください。

別紙13

就労定着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 - ) _____				
管理者	連絡先	電話番号 _____ FAX番号 _____			
	フリガナ _____	住所 (郵便番号 - ) _____			
	氏名 _____	当該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 _____			
	当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等の条文 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					
従業員の数・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	
従業員数	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					
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)

- 「受付番号」欄は、記入しないでください。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別業に記載した書類を添付してください。
- 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」欄については、本様式への記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
- 「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。
- 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。

別紙13-2

一般就労移行実績

平成 年 月 日

【申請日の属する月から遡って過去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. 申請日の属する月から遡って過去3年間において、一般就労に移行した者について記入してください。一般就労の定義、雇用継続の状況は問いません。
- 注2. 就労定着支援を申請する事業所ごとに作成し、指定申請書に添付してください。
- 注3. 申請日の属する月から遡って過去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ります。
- 注4. 適宜、欄は追加してください。

別紙14

自立生活援助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		
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等の条文			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		就労定着支援員
		専 従	兼 務	専 従
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)

- 「受付番号」欄は、記入しないでください。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別業に記載した書類を添付してください。
- 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」欄については、本様式への記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
- 「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。

別紙15

指定一般相談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 - ) 県 郡・市				
	連絡先	電話番号	FAX番号			
当該事業について定めてある定款・寄付行為等の条文 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(有の場合、以下に記載)			有 ・ 無		
	事業所の名称	兼務する職種				
事業の種類	勤務時間					
従業者の職種・員数(人)		地域移行支援・地域定着支援に従事する者				
		相談支援専門員		その他の者		
		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、別業に記載)		有 ・ 無				
常時の連絡体制の確保の具体的方法(地域定着支援のみ)						
主な揭示事項	営業日					
	営業時間					
	主たる対象者	特定無し・身体障害者・知的障害者・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. 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1枚にまとめて提出してください。
2. 「受付番号」欄は、記入しないでください。
3. 「兼務」欄については、指定特定相談支援事業所及び指定障害児相談支援事業所との兼務は除きます。
4. 「常時の連絡体制」欄については、営業時間以外の事業所の人員体制(直直等)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。
5. 「主な揭示事項」欄については、本様式への記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
6. 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。

第1号様式の2 (第2条の2関係)

受付番号

特定障害福祉サービス事業所  
指定障害者支援施設 変更指定申請書

高知県知事 様

申請者 所在地  
(設置者) 名称  
代表者

年 月 日

印

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特定障害福祉サービス事業所(指定就労継続支援B型事業所・生活介護事業所)指定障害者支援施設に係る変更指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

事業所(施設)所在地市町村番号

申請者(設置者)	フリガナ				
	名称				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 - ) 県 郡・市			
	法人である場合その種別	法人所轄庁			
連絡先	電話番号	FAX番号			
Eメールアドレス					
代表者の職・氏名	職名	フリガナ 氏名			
代表者の住所	(郵便番号 - ) 県 郡・市				
変更指定を受けようとする事業所・施設の種類の種類	フリガナ				
	名称				
	事業所(施設)の所在地	(郵便番号 - ) 県 郡・市			
	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等の 事業開始予定年月日	添付様式	備考
	サ ー ビ ス 事 業 社 所				
	例)生活介護	○		別紙3	
	施 指 定 障 害 者 支 援				
	例)障害者支援施設	○		別紙8	
	(備考)				

(備考)

- 1 「受付番号」欄及び「事業所(施設)所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 2 「法人である場合その種別」欄には、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」等の別を記載してください。
- 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載してください。
- 4 「同一所在地において行う事業等の種類」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、該当する欄には「○」を記載してください。
- 5 「○事業所番号」欄には、申請を行う都道府県等において既に事業所としての指定を受け、番号が付番されている場合に、その事業所番号を記載してください。複数の番号を有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。

**第2号様式**（第3条関係）

**変 更 届 出 書**

年 月 日

高知県知事 様

事 業 者 住 所 (所在地)  
(施設の設置者) 氏 名 (名称及び代表者氏名)

印

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

指定内容を変更した事業所(施設)		事業所番号	事業所名称	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				
3	申請者(設置者)の名称				
4	主たる事務所(法人)の所在地				
5	代表者の氏名、生年月日、住所及び職名				
6	申請者の定款、寄附行為等(就労継続支援A型に限る。)及びその登記事項証明書又は条約等(当該指定に係る事業に関するものに限る。)				
7	事業所(施設)の平面図及び設備の概要				
8	事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴				
9	事業所(施設)のサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴				
10	事業所(施設)のサービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴				
11	主たる対象者				
12	運営規程	(変更後)			
13	事業所の種別(併設型・空床型の別)				
14	併設型における利用定員数又は空床型における当該施設の入所者の定員				
15	協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約内容				
16	障害者支援施設等との連携体制及び支援の体制の概要				
17	当該申請に係る事業の開始予定年月日				
18	併設する施設がある場合の当該併設施設の概要				
19	同一施設内にある入所施設及び病院の概要				
20	指定一般相談支援の提供にあたる者の氏名、生年月日及び住所				
変更年月日		年 月 日			

備考1 該当項目番号に○を付してください。  
2 変更内容がわかる書類を添付してください。  
3 変更の日から10日以内に届け出てください。

別記第3号様式の2及び別記第3号様式の3中「平成」を削る。

別記第4号様式中「平成」を削り、「日本工業規格」を「日本産業規格」に、「記入してください」を「記入してください。」に改める。

別記第5号様式中「平成」を削り、「日本工業規格」を「日本産業規格」に改める。

別記第6号様式を次のように改める。



**第6号様式** (第3条の4関係)

障害福祉サービス事業等開始(変更)届

年 月 日

高知県知事 様

届出者 住所  
 名称  
 代表者 印

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よる 障害福祉サービス事業・福祉ホームを営む事業・相談支援事業・移動支援事業・地域活動支援センターを営む事業 を下記のとおり(開始・変更)しますので、同法第79条第2項及び第3項の規定により届け出ます。

記

1. サービスの種類
2. 事業所又は施設の名称及び主たる事務所の所在地
3. 添付書類
  - ① 定款その他の基本約款、条例等
  - ② 収支予算書及び事業計画書
  - ③ 運営規程(福祉ホーム・地域活動支援センターを営む事業所に限る。)
4. 事業開始(変更)予定年月日 年 月 日

5. 職員の定数及び職務の内容

職 種	定 数	職 務 の 内 容
	名	
	名	

6. 主な職員の氏名及び経歴(管理者、施設長等)

氏 名	職 種	経 歴

7. 事業を行おうとする区域 \_\_\_\_\_

\*市町村の委託を受けて事業を行おうとする者にあつては、当該市町村の名称を含む。

8. 短期入所事業の用に供する施設の名称、種類、所在地及び入所定員

施設名称	種 類	入所定員	所 在 地

(注1) 障害福祉サービス事業の指定事業所であり、指定申請時の状況に変更が無い事業所については、3. 添付書類①の提出及び届出事項5～8の記載を省略することができます。

(注2) 届出内容に変更があった場合は、項目1、2及び変更の該当項目について記載してください。また、定款等添付書類に変更があった場合は、その都度提出を行ってください。

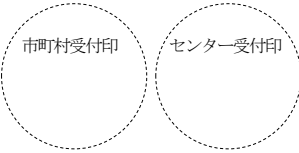
別記第7号様式中「平成」を削る。  
 別記第8号様式及び別記第9号様式を次のように改める。

第8号様式 (第6条関係)

自立支援医療費(精神通院医療)支給認定申請書(新規・再認定・変更・県外からの転入)※1

対象者・対象児	フリガナ	性別	男・女	年齢	歳	生年月日
	受診者氏名					年 月 日
	フリガナ	受診者電話番号				
	受診者住所	受診者個人番号				
保護者(受診者が18歳未満の場合に記入してください)※2	フリガナ	受診者との続柄				
	氏名					
	フリガナ	電話番号				
	住所	個人番号				
負担額に関する事項※3	受診者の被保険者証の記号及び番号	受診者の被保険者証の保険者名				
	受診者と同一保険の加入者					
	受診者と同一保険の加入者個人番号					
	受診者と同一保険の加入者個人番号					
精神障害者保健福祉手帳番号		身体障害者手帳番号				
受診を希望する指定自立支援医療機関(薬局、訪問看護事業者等を含みます。)	名称	所在地及び電話番号				
自立支援医療費受給者番号 ※4						
治療方針の変更 ※5		有・無	前回申請時における診断書の添付 ※5		有・無	
上記のとおり自立支援医療費(精神通院医療)の支給を申請します。 高知県知事 様 年 月 日 申請者 氏名 ※6						

- ※1 「(新規・再認定・変更・県外からの転入)」は、いずれか該当するものを○で囲んでください。変更の場合は、「対象者・対象児」欄及び変更のある事項のみを記入してください。  
 2 「保護者」の「住所」欄及び「電話番号」欄は、受診者の住所及び電話番号と異なる場合に記入してください。  
 3 「負担額に関する事項」欄は、生活保護受給中の場合も、被保険者証をお持ちの方は記入してください。  
 4 「自立支援医療費受給者番号」欄は、再認定又は変更の場合に記入してください。  
 5 「治療方針の変更」欄及び「前回申請時における診断書の添付」欄は、再認定の場合に記入してください。  
 6 申請者の氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとしてください。



ここから下の欄は、記入しないでください。

自治体記入欄

申請受付年月日	進達年月日	認定年月日	
前回の所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上	重度かつ継続	該当・非該当
今回の所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上	重度かつ継続	該当・非該当
所得確認書類	個人番号 市町村民税課税証明書 市町村民税非課税証明書 標準負担額減額認定証 生活保護受給世帯の証明書 その他( )		
診断書の提出	医療用(1年目)・医療用(2年目)・手帳用(1年目)・手帳用(2年目)・手帳で新規		
前回の自立支援医療費受給者番号	前回の承認期間	年 月 末まで	
備考(変更の場合は、変更のある項目を記入し、自立支援医療受給者証を添付する。)			
高知県精神障害者保健福祉手帳等判定会審査欄			
委員名	審査結果	承認・不承認	重度かつ継続 該当・非該当
自立支援医療費支給認定	承認期間	年 月 日から	年 月 日まで・不承認
負担上限額		重度かつ継続	該当・非該当

第9号様式 (第6条関係)

診断書(自立支援医療(精神通院医療)支給認定申請用)

氏名		年 月 日生(歳)	男・女
住所			
1 病名 (ICDコードは、右の病名と対応するF00からF99までの範囲又はG40のいずれかを記入してください。)	(1) 主たる精神障害	ICDコード( )	
	(2) 従たる精神障害	ICDコード( )	
	(3) 身体合併症		
2 発病から現在までの病歴 (推定発病年月、発病状況、治療の経過等を記入してください。)	(推定発病年月 年 月頃)		
	3 現在の病状、状態像等(該当するものを○で囲んでください。)		
(1) 抑鬱状態 ア 思考・運動抑制 イ 易刺激性・興奮 ウ 憂鬱気分 エ その他( )			
(2) 躁状態 ア 行為心迫 イ 多弁 ウ 感情高揚・易刺激性 エ その他( )			
(3) 幻覚妄想状態 ア 幻覚 イ 妄想 ウ その他( )			
(4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 ア 興奮 イ 昏迷 ウ 拒絶 エ その他( )			
(5) 統合失調症等残遺状態 ア 自閉 イ 感情平板化 ウ 意欲の減退 エ その他( )			
(6) 情動及び行動の障害 ア 爆発性イ 暴力・衝動行為 ウ 多動 エ 食行動の異常 オ チック・汚言カ その他( )			
(7) 不安及び不穏 ア 強度の不安・恐怖感 イ 強迫体験 ウ 心的外傷に関連する症状エ 解離・転換症状 オ その他( )			
(8) てんかん発作等(けいれん及び意識障害) ア てんかん発作 イ 意識障害 ウ その他( ) 発作型( ) 頻度( 回/月又は 回/年) * 発作型は、次の「(イ)」、「(ロ)」、「(ハ)」、「(ニ)」で記入してください。 (イ) 意識障害はないが、随意運動が失われる発作 (ロ) 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作 (ハ) 意識障害の有無を問わず、転倒する発作 (ニ) 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作			
(9) 精神作用物質の乱用及び依存等 ア アルコール イ 覚せい剤 ウ 有機溶剤 エ その他( ) (ア) 乱用 (イ) 依存 (ウ) 残遺性・遷延性精神障害性障害 (エ) その他( )			
(10) 知能、記憶、学習等の障害 ア 知的障害(精神遅滞) (ア) 軽度 (イ) 中等度 (ウ) 重度 イ 認知症 ウ その他の記憶障害( ) エ 学習の困難 (ア) 読み (イ) 書き (ウ) 算数 (エ) その他( ) オ 遂行機能障害 カ 注意障害 キ その他( )			

(11) 広汎性発達障害関連症状 ア 相互的な社会関係の質的障害 イ コミュニケーションのパターンにおける質的障害 ウ 限定した常同的て反復的な関心及び活動 エ その他（ ） (12) その他（ ）
4 3の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見等
5 現在の治療内容 (1) 投薬内容  (2) 精神療法等  (3) 訪問看護指示の有無 ( 有 ・ 無 )
6 今後の治療方針
7 現在の障害福祉サービス等の利用状況 (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自立訓練(生活訓練)、共同生活援助(グループホーム)、居宅介護(ホームヘルプ)、その他の障害福祉サービス等、訪問指導等)
8 備考
9 自立支援医療(精神通院)の重度かつ継続に係る判定 (「重度かつ継続」に該当し、かつ、主たる精神障害のICDカテゴリーがF40～F99の場合は、診断する医師の略歴について、ア・イ・ウのうち該当する項目に○印をつけてください) A 該当 B 非該当 ア 精神保健指定医 イ 精神科医(3年以上精神医療に従事) ウ その他の医師
上記のとおり診断します。 年 月 日  <div style="text-align: right;">           医療機関 所在地            名称            電話番号            診療科担当科名            担当医師氏名            (自署又は記名押印)         </div>

附 則

(施行期日)

- この規則は、公布の日から施行する。ただし、別記第4号様式及び別記第5号様式の改正規定(「日本工業規格」を「日本産業規格」に改める部分に限る。)は、平成31年7月1日から施行する。  
(経過措置)
- この規則による改正前の高知県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細則別記第8号様式及び別記第9号様式は、改正後の高知県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細則の規定にかかわらず、残品の限度で使用することができる。



高知県精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成31年4月1日

高知県知事 尾崎 正直

高知県規則第24号

高知県精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則の一部を改正する規則

高知県精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則(昭和40年高知県規則第83号)の一部を次のように改正する。

第20条中「知事が別に定める様式」を「別記第30号様式」に改める。

第21条第1項中「別記第30号様式」を「別記第31号様式」に改める。

第22条中「別記第31号様式」を「別記第32号様式」に改める。

第23条中「別記第32号様式」を「別記第33号様式」に改める。

第24条中「別記第33号様式」を「別記第34号様式」に改める。

別記第20号様式を次のように改める。

**第20号様式** (第13条関係)

医療保護入院者の退院届

年 月 日

高知県知事 様

病 院 名

所 在 地

管理者名

㊞

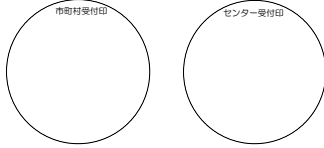
次の医療保護入院者が退院しましたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条の2の規定により届け出ます。

医療保護入院者	フリガナ		生年 月日	年 月 日生 (満 歳)
	氏名	(男・女)		
	住所	都道 府県	郡市 区	町村 区
医療保護入院年月日	年 月 日			
退院年月日	年 月 日			
病名	1 主たる精神障害 ICDコード ( )	2 従たる精神障害 ICDコード ( )	3 身体合併症	
	退院後の処置 1 入院継続 ((1)任意入院 (2)措置入院(3)他科( )) 2 通院医療 3 転医又は転院 4 施設 5 死亡 6 その他 ( )			
退院後の帰住先	1 自宅 ((1)家族と同居 (2)単身) 2 他の病院 ( ) 3 施設 ( ) 4 その他 ( )			
帰住先の住所	都道 府県	郡市 区	町村 区	
訪問指導等に関する意見				
障害福祉サービス等の活用に関する意見				
主治医氏名				

注 選択肢については、それぞれ該当するものの番号等を○で囲んでください。

別記第30号様式を次のように改める。

第30号様式 (第20条関係)

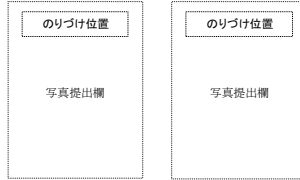


障害者手帳申請書

高知県知事様

年 月 日

私は、次の事項(○印)について申請します。



精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に基づく精神障害者保健福祉手帳の  
**【新規交付・更新・障害等級変更・都道府県間の住所変更による手帳交付】** (申請項目を○で囲んでください。)

申請者 (本人)	フリガナ氏名	◎		生年月日	年 月 日
	住所	電話 ( )			
	個人番号				
家族の連絡先 (申請者が18歳未満の場合記入)	フリガナ氏名	本人との続柄 (○印)	父 母 兄弟姉妹 祖父母 その他 ( )		
	住所	電話 ( )			
添付書類 (○印)	1 医師の診断書(手帳用) 2 年金証書等の写し( 級)・同意書 3 特別障害給付金受給資格者証等の写し( 級)・同意書 4 写真(縦4cm×横3cm)			備考	
既存の手帳	有効期限	年 月 末日	等級	手帳番号	
再交付の要	要・否	再交付が必要な理由	1 破れた 2 汚れた 3 なくした 4 新たな更新欄がない 5 都道府県を越える居住地 6 その他 ( )		
申請書を提出した者	氏名	◎	本人との関係	住所	電話 ( )

(注) 1 手帳の新規交付、更新又は障害等級変更の申請を行うためには、添付書類として「医師の診断書」又は「障害年金の年金証書、年金決定通知書及び直近の振込(支払)通知書の写し」又は「特別障害給付金受給資格者証(特別障害者給付金支給決定通知書)及び直近の国庫金振り込み通知書(国庫金送金通知書)の写し」が必要です。  
 2 年金証書等の写し又は特別障害給付金受給資格者証等の写しによる申請の場合は、障害等級の判定のために年金事務所又は各共済組合等に対し、年金の障害等級を照会することがあります。  
 3 写真(縦4cm×横3cm)は、脱帽して上半身を写したもので、1年以内に撮影したものであること。  
 4 ※印の欄は記入しないでください。

※高知県精神障害者保健福祉手帳等判定会結果記載欄				※手帳様式印刷
委員名	1	2	3	
判定結果	1・2・3 不承認	1・2・3 不承認	1・2・3 不承認	
※精神障害者保健福祉手帳		決定等級 級 ・ 不承認		
※有効期間		年 月 日 ~ 年 月 日		

別記第33号様式を別記第34号様式とし、別記第32号様式を別記第33号様式とし、別記第31号様式を別記第32号様式とし、別記第30号様式の次に次の1様式を加える。

第31号様式(第21条関係)

診断書(精神障害者保健福祉手帳申請用)

氏名		年 月 日生( 歳)	男・女
住所			
1 病名 (ICDコードは、右の病名と対応するF00からF99までの範囲又はG40のいずれかを記入してください。)	(1) 主たる精神障害 _____ ICDコード( ) (2) 従たる精神障害 _____ ICDコード( ) (3) 身体合併症 _____ 身体障害者手帳(有・無、種別 _____ 級)		
2 初診年月日	(1) 主たる精神障害の初診年月日 _____ 年 月 日 (2) 診断書作成医療機関の初診年月日 _____ 年 月 日		
3 発病から現在までの病歴並びに治療の経過及び内容 (推定発病年月、発病状況、初発症状、治療の経過、治療の内容等を記入してください。)	(推定発病年月 _____ 年 月頃)  (器質性精神障害(認知症を除く。))の場合は、発症の原因となった疾患名及びその発症年月日 _____ 疾患名( ) 発症年月日( 年 月 日)		
4 現在の病状、状態像等(該当するものを○で囲んでください。)			
(1) 抑鬱状態 ア 思考・運動抑制 イ 易刺激性・興奮 ウ 憂鬱気分 エ その他( )			
(2) 躁状態 ア 行為心迫 イ 多弁 ウ 感情高揚・易刺激性 エ その他( )			
(3) 幻覚妄想状態 ア 幻覚 イ 妄想 ウ その他( )			
(4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 ア 興奮 イ 昏迷 ウ 拒絶 エ その他( )			
(5) 統合失調症等残遺状態 ア 自閉 イ 感情平板化 ウ 意欲の減退 エ その他( )			
(6) 情動及び行動の障害 ア 爆発性 イ 暴力・衝動行為 ウ 多動 エ 食行動の異常 オ チック・汚言カ その他( )			
(7) 不安及び不穏 ア 強度の不安・恐怖感 イ 強迫体験 ウ 心的外傷に関連する症状 エ 解離・転換症状 オ その他( )			
(8) てんかん発作等(けいれん及び意識障害) ア てんかん発作 イ 意識障害 ウ その他( ) 発作型( ) 頻度( 回/月又は 回/年) 最終発作( 年 月 日) * 発作型は、次の「(イ)、(ロ)、(ハ)、(ニ)」で記入してください。頻度は、過去2年間について記入してください。 (イ)意識障害はないが、随意運動が失われる発作 (ロ)意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作 (ハ)意識障害の有無を問わず、転倒する発作 (ニ)意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作			
(9) 精神作用物質の乱用及び依存等 ア アルコール イ 覚せい剤 ウ 有機溶剤 エ その他( )			

(ア) 乱用 (イ) 依存 (ウ) 残遺性・遅発性精神病性障害(状態像を該当項目に再掲してください。) (エ) その他( )  
現在の精神作用物質の使用 有・無(不使用の場合は、その期間( 年 月から))

(10) 知能・記憶・学習・注意の障害  
ア 知的障害(精神遅滞)  
(ア) 軽度 (イ) 中等度 (ウ) 重度 療育手帳(有・無 等級等( ))  
イ 認知症 ウ その他の記憶障害( )  
エ 学習の困難 (ア) 読み (イ) 書き (ウ) 算数 (エ) その他( )  
オ 遂行機能障害 カ 注意障害 キ その他( )

(11) 広汎性発達障害関連症状  
ア 相互的な社会関係の質的障害 イ コミュニケーションのパターンにおける質的障害  
ウ 限定した常同的で反復的な関心及び活動 エ その他( )

(12) その他( )


5 4の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見等  
  
(検査所見: 検査名、検査結果及び検査時期)

6 生活能力の状態(保護的環境ではない場合を想定して判定してください。児童の場合は、年齢相応の能力と比較の上で判断してください。)

(1) 現在の生活環境  
入院・入所(施設名 \_\_\_\_\_)・在宅(単身・家族等と同居)・その他( )

(2) 日常生活能力の判定(該当するもののいずれかを○で囲んでください。)  
ア 適切な食事摂取  
自発的にできる・自発的にできるが援助が必要・援助があればできる・できない  
イ 身の清潔保持及び規則正しい生活  
自発的にできる・自発的にできるが援助が必要・援助があればできる・できない  
ウ 金銭管理及び買物  
適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない  
エ 通院及び服薬(要・不要)  
適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない  
オ 他人との意思伝達及び対人関係  
適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない  
カ 身の安全保持及び危機対応  
適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない  
キ 社会的手続及び公共施設の利用  
適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない  
ク 趣味及び娯楽への関心並びに文化的社会的活動への参加  
適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない

(3) 日常生活能力の程度(該当するもののいずれかを○で囲んでください。)  
ア 精神障害を認めるが、日常生活及び社会生活は普通にできる。  
イ 精神障害を認め、日常生活又は社会生活に一定の制限を受ける。  
ウ 精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする。  
エ 精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする。  
オ 精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。

7	6の具体的程度、状態等
8	現在の障害福祉等のサービスの利用状況 （障害者自立支援法に規定する自立訓練（生活訓練）、共同生活援助（グループホーム）、共同生活介護（ケアホーム）、居宅介護（ホームヘルプ）、その他の障害福祉サービス等、訪問指導、生活保護の有無等）
9	備考
10	自立支援医療（精神通院医療）の重度かつ継続に係る判定（自立支援医療を同時申請する場合にご記入ください。） （「重度かつ継続」に該当かつ主たる精神障害のICDカテゴリーがF40～F99の場合は、診断する医師の略歴について、ア・イ・ウのうち該当する項目に○印をつけること。） A 該当 B 非該当 ア 精神保健指定医 イ 精神科医（3年以上精神医療に従事） ウ その他の医師
上記のとおり診断します。 年 月 日 医療機関 所在地 名称 電話番号 診療科担当科名 担当医師氏名 (自署又は記名押印) 	

附 則

（施行期日）

1 この規則は、公布の日から施行する。

（経過措置）

2 この規則による改正前の高知県精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則別記第20号様式、別記第30号様式及び別記第33号様式は、改正後の高知県精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則の規定にかかわらず、残品の限度で使用することができる。