

○こども家庭庁
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 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 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	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		

条の二十九の二第五項	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 条の三十第五項	児童福祉法施行規則第十八 条の三十第一項本文の申請 書		別紙様式第一号	
児童福祉法施行規則第十八 条の三十四の四第二項	児童福祉法施行規則第十八 条の三十第二項本文の申請 書		別紙様式第一号	

児童福祉法施行規則第二十	児童福祉法施行規則第二十 五条の二十一の三第二項			児童福祉法施行規則第二十 五条の二十一第五項	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二十	申請書 児童福祉法施行規則第二十 五条の二十一の三第一項の	申請書 児童福祉法施行規則第二十 五条の二十一第二項本文の	申請書 児童福祉法施行規則第二十 五条の二十一第一項本文の	児童福祉法施行規則第二十 五条の二十一第一項本文の	児童福祉法施行規則第十八 条の三十五第一項の届出	請書
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	別紙様式第二号	

児童福祉法施行規則第二十五條の二十六の六第六項		児童福祉法施行規則第二十五條の二十六の七第四項	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施行規則第三十四
児童福祉法施行規則第二十五條の二十六の六第一項本文の申請書	児童福祉法施行規則第二十五條の二十六の六第三項本文の申請書	児童福祉法施行規則第二十五條の二十六の七第一項の届出	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
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

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八第五項	
条の七第一項本文の申請書	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三項本文の申請書	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八第一項本文の申請書	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八第二項本文の申請書
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施行規則第三十四条の九第七項	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九第一項本文の申請書	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条の十一第八項	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九第二項本文の申請書	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条の十一第八項	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十一第一項本文の申請書	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条の十二第五項
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施行規則第三十四条の十一第二項本文の申請書	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十二第一項本文の申請書
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施行規則第三十四条	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条の第十四第六項	障害者の日常生活及び社会
条の十二第二項本文の申請書	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第十四第一項本文の申請書	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第十四第二項本文の申請書
	別紙様式第一号	別紙様式第一号

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十五第六項	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施行規則第三十四条の十五の二第五項
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十五第一項本文の申請書	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十五第二項本文の申請書
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施行規則第三十四条の十六第五項			
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施行規則第三十四条の十六第一項本文の申請書	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十六第一項本文の申請書	申請書 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十五の二第二項本文の申請書	申請書 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十五の二第二項本文の申請書
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施行規則第三十四条の十七第五項	
書の め の 法 律 施 行 規 則 第 三 十 四 条 の 十 六 第 二 項 本 文 の 申 請	書の 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 十 七 第 一 項 本 文 の 申 請	別紙様式第一号
書の 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 十 七 第 二 項 本 文 の 申 請	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 十 七 第 一 項 本 文 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条の十八第五項	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施行規則第三十四条の十八第一項本文の申請書	
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	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十八第二項本文の申請書	
別紙様式第一号		別紙様式第一号

条の十八の二第五項		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施行規則第三十四条の十八の三第五項	
条の十八の二第二項本文の申請書	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十八の三第一項本文の申請書	条の十八の二第二項本文の申請書	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十八の三第一項本文の申請書
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施行規則第三十四条の十九第五項	
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十八の三第二項本文の申請書	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十九第一項本文の申請書	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十九第二項本文の申請
別紙様式第一号	別紙様式第一号	別紙様式第一号

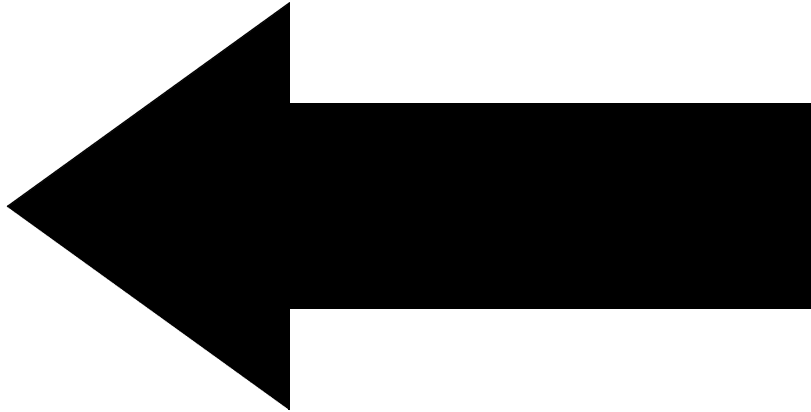
障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則第三十四条の二十四第五項	障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則第三十四条の二十二第二項	障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則第三十四条の二十三第五項	障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則第三十四条の二十四第一項本文の申	別紙様式第一号
障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則第三十四条の二十四第五項	障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則第三十四条の二十二第二項	障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則第三十四条の二十三第一項の届出	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二十四第一項本文の申	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二十四第五項	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施行規則第三十四条の二十二第二項	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施行規則第三十四条の二十三第一項の届出	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二十四第一項本文の申	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条の二十五第二項	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施行規則第三十四条
請書 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二十四第二項本文の申請書	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二十五第一項の申請書	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
別紙様式第一号	別紙様式第一号	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	障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するた	条の五十七第五項	条の二十六第三項
障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するた	障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するた	条の五十七第二項本文の申請書	条の二十六第一項の届出
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

めの法律施行規則第三十四 条の五十八第四項	障害者の日常生活及び社会 生活を総合的に支援するた めの法律施行規則第三十四 条の五十九第六項	障害者の日常生活及び社会
めの法律施行規則第三十四 条の五十八第一項の届出	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 条の五十九第一項本文の申 請書	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 条の五十九第三項本文の申 請書
別紙様式第一号	別紙様式第一号	別紙様式第二号

生活を総合的に支援するための法律施行規則第三十四 条の六十第四項	生活を総合的に支援するための法律施行規則第三十四 条の六十第一項の届出	
-------------------------------------	--	--



指定障害福祉サービス事業所/指定障害者支援施設
 指定障害児通所支援事業所/指定障害児入所施設
 指定特定相談支援事業所/指定一般相談支援事業所/指定障害児相談支援事業所
 指定 申請書

年 月 日

知事(市区村長) 殿

所在地
 申請者 名 称
 代表者

表題の事業所・施設に係る指定/指定の更新/指定の変更を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

		法人番号(13桁)					
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 -)					
	連絡先	電話番号	(内線)				
		E-mailアドレス					
	法人等の種類						
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名		フリガナ 氏名	-----	生年 月 日	
代表者の住所	(郵便番号 -)						
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 -)					
	多機能型事業所に係る指定の申請の場合は○						
	同一所在地において 行う事業等の種類		共生型サービスの 指定を申請するものに○	今回の指定(更新・変更) 申請をする対象事業等に ○	既に指定を受けて いる事業に○	事業の開始予定年月日	本申請書に添付し て提出する様式 (付表)
	指定障害福祉サービス事業所	居宅介護					付表1
		重度訪問介護					付表1
		同行援護					付表1
		行動援護					付表1
		療養介護					付表2
		生活介護					付表3
		短期入所					付表4
		重度障害者等包括支援					付表5
		自立訓練(機能訓練)					付表6
		自立訓練(生活訓練)					付表6
		就労選択支援					付表7
		就労移行支援					付表8
		就労継続支援A型					付表9
		就労継続支援B型					付表10
		就労定着支援					付表10
		自立生活援助					付表11
		共同生活援助					付表12
		指定障害者支援施設(施設入所支援)					付表13
	指定一般 相談支援 事業所	地域移行支援					付表14
		地域定着支援					付表14
	指定特定相談支援事業所						付表15
	指定障害 児通所支 援事業所	児童発達支援					付表16
		放課後等デイサービス					付表16
居宅訪問型児童発達支援						付表17	
保育所等訪問支援						付表18	
指定障害児入所施設						付表19/20	
指定障害児相談支援事業所						付表15	
【既に指定を受けている場合】事業所番号							

(備考)

- 1 本申請書の表題は、指定の更新の申請の際には「指定更新申請書」に、指定の変更の申請の際には「指定変更申請書」に変更して使用してください。
- 2 「法人等の種類」欄には、「社会福祉法人(社協以外)」、「社会福祉法人(社協)」、「医療法人」、「社団・財団」、「営利法人」、「非営利法人(NPO)」、「農協」、「生協」、「その他法人」、「地方公共団体(都道府県)」、「地方公共団体(市町村)」、「地方公共団体(広域連合・一部事務組合等)」、「非法人」、「その他」のいずれかを記入してください。
- 3 「同一所在地において行う事業等の種類」欄には、今回申請をする事業及び既に指定を受けている事業のそれぞれに「○」を記載してください。
- 4 「【既に指定を受けている場合】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。
- 5 「事業の開始予定年月日」欄については、更新の場合にあっては、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。

知事(市区村長) 殿

所在地
名称
代表者氏名

□ 指定障害福祉サービス事業所等の指定に係る事項の変更の届出先(以下「指定権者」という。)と指定障害福祉サービス事業所等の業務管理体制の整備に関する事項の変更の届出先(以下「監督権者」という。)が同一の自治体であり、かつ、変更事項が「事業所(施設)の所在地」又は「申請者の代表者の氏名、生年月日、住所及び職名」の場合であって、同事項に係る事実の確認に支障がないと認めるときは、監督権者への変更の届出又は届出書への記載については、指定権者への変更の届出があったことをもって省略させることができることとされているので、その場合には左のチェックボックス(□)に✓を付けてください。なお、当該変更届出を受理した指定権者は、当該変更届出の写しを監督権者へ回付してください。

		事業所番号													
指定を受けた内容を変更した事業所又は施設		名称													
		所在地													
サービスの種類															
変更年月日		年	月	日											
変更があった事項(該当に○)		変更の内容													
	事業所(施設)の名称	(変更前)													
	事業所(施設)の所在地														
	事業所(施設)の連絡先(電話番号)														
	申請者の名称														
	申請者の主たる事務所の所在地														
	申請者の代表者の氏名、生年月日、住所及び職名														
	法人等の種類														
	登記事項証明書又は条例等(当該事業に関するものに限る。)														
	共生型サービスの該当有無														
	事業所(施設)の構造概要・平面図・設備の概要														
	利用者又は入所者の定員	(変更後)													
	管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴														
	サービス管理(提供)責任者又は児童発達支援管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴														
	指定地域相談支援の提供に当たる者又は相談支援専門員の氏名、生年月日、住所及び経歴														
	運営規程														
	協力医療機関・協力歯科医療機関の名称・診療科名・契約内容														
	提携就労支援機関の名称														
	提供する障害福祉サービス等の種類														
	第三者委託により提供する障害福祉サービス等の種類等														
	事業実施形態(事業所の種別等)														
	従業者の勤務の体制及び勤務形態														
	その他														

(備考) 1 変更届の提出に際しては、必要書類を添付してください。
2 「変更があった事項」の「変更の内容」は、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように記入してください。

付表 1 居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	フリガナ 名 称							
	所在地	(郵便番号 -)						
	電話番号							
	E-Mail							
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							
管 理 者	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日				
	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)							
	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						
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 -)						
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								
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。
- 「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。

■事業所以外の事務所

■サービス提供責任者

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 -) -----		

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 -)						
	連絡先	電話番号						
	E-Mail							
管理者	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日			
	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)							
	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						
サービス 責任者	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								
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	:		~		:		
利用料								
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)

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。

■サービス管理責任者

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 -) -----		

付表3 生活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 -)						
	電話番号							
	E-Mail							
管理者	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日			
	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)							
	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						
サービス 責任者	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							
	〇運営・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)	事業所が申告する障害支援区分の平均値							
	サービス単位	4 未満		4 以上 5 未満		5 以上		
	サービス単位 1							
	サービス単位 2							
	サービス単位 3							
営業日(該当する 日に〇)	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		
〇一体的に実施する従たる事業所の指定等に係る記載事項								
事業所	フリガナ 名 称							
	所在地	(郵便番号 -)						
	電話番号							
	E-Mail							
サービス 責任者	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)	事業所が申告する障害支援区分の平均値							
	サービス単位		4未満		4以上5未満		5以上	
	サービス単位1							
	サービス単位2							
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		

(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

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 -) -----		

■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	
	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							
	E-Mail							
管理者	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日				
	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)							
	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(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		
	種別					前年度平均入所者数		
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			

(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

■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	
	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								
	所在地	(郵便番号 -)							
	電話番号								
	E-Mail								
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								
管理者	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日				
	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)								
	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							
○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 する障害福祉サービス	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	: ~ :							
	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)

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。

■事業所以外の事務所

■サービス提供責任者

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 -) -----		

■事業所の体制

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

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		宿泊型自立訓練を実施する場合は○	
事業所	フリガナ 名 称							
	所在地	(郵便番号 -)						
	電話番号							
	E-Mail							
管理者	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日			
	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)							
	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						
サービス責任者	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								
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	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			
○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								
事業所	フリガナ 名 称							
	所在地	(郵便番号 -)						
	電話番号							
	E-Mail							
サービス責任者	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		
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	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			

(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

■サービス管理責任者

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 -)				

■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	
	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

事業所	フリガナ 名 称			
	所在地	(郵便番号 -)		
	電話番号			
	E-Mail			
管理者	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	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)			
	他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	事業所等の名称		
		兼務する職種及び勤務時間等		
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等 第 条 第 項 第 号				
○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	
提携就労支援機関				
○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				
事業所	フリガナ 名 称			
	所在地	(郵便番号 -)		
	電話番号			
	E-Mail			
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)				
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	
提携就労支援機関				

(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

■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	
	名称		診療科名	

付表8 就労移行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○)		一般型		資格取得型	
事業所	フリガナ 名 称				
	所在地	(郵便番号 -)			
	電話番号				
	E-Mail				
管理者	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日	
	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)				
	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			
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 -)			
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)					
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	
提携就労支援機関					
○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					
事業所	フリガナ 名 称				
	所在地	(郵便番号 -)			
	電話番号				
	E-Mail				
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 -)			
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)					
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
提携就労支援機関			

(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

■サービス管理責任者

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 -)				

■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	
	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	
事業所	フリガナ 名 称				
	所在地	(郵便番号 -)			
	電話番号				
	E-Mail				
管理者	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日	
	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)				
	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			
サービス 責任者	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					
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	
○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					
事業所	フリガナ 名 称				
	所在地	(郵便番号 -)			
	電話番号				
	E-Mail				
サービス 責任者	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)					
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)

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

■サービス管理責任者

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 -)				

■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	
	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							
	所在地	(郵便番号 -)						
	電話番号							
	E-Mail							
管理者	フリガナ 氏 名	生年月日		年 月 日				
	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)							
	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						
サー ビス 管 理 者	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								
利用者の推定数 (人)								
一体的に運営する事業 所の前年度の平均利用 者数(人)								
営業日(該当する 日に○)	日	月	火	水	木	金	土	祝
	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								

(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。

■サービス管理責任者

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 -----) -----		

付表11 自立生活援助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							
	E-Mail							
管理者	フリガナ 氏 名	-----		生年月日	年 月 日			
	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)							
	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		-----				
サービス 責任者	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								
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								

(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

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 -) -----		

付表 1 2 共同生活援助事業所の指定等に係る記載事項

主たる事業所	フリガナ 名 称				
	所在地	(郵便番号 -)			
	電話番号				
	E-Mail				
管理者	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日	
	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)				
	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			
サービス責任者	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					
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	無	
	日中サービス支援型		有の場合の月間時間数		
	外部サービス利用型	受託居宅介護サービス事業者が事業を行う事業所の名称及び所在地並びに当該事業者の名称及び所在地	別紙のとおり		
利用定員(人)					
利用者の推定数(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		
	支援体制の概要				
協力医療機関	名称		診療科名		
協力歯科医療機関	名称				

○共同生活住居の情報

共同生活住居① (主たる事業所)	フリガナ 名 称	(前頁に記載)			
	所在地	(前頁に記載)			
	連絡先	(前頁に記載)			
	住居区分 (該当するものに○)	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	家賃月額(円)			
		契約期間	～		
	住居の利用定員(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 ²)				
	一体的に運営するサテライト型住居数(箇所)				
主たる対象者 (対象とするものに○)	身体障害		知的障害		
	精神障害		難病等対象者		

共同生活住居②	フリガナ 名 称				
	所在地	(郵便番号 -)			
	電話番号				
	住居区分 (該当するものに○)	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	家賃月額(円)			
		契約期間	～		
	住居の利用定員(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 ²)				
	一体的に運営するサテライト型住居数(箇所)				
主たる対象者 (対象とするものに○)	身体障害		知的障害		
	精神障害		難病等対象者		

共同生活住居③	フリガナ 名 称				
	所在地	(郵便番号 -)			
	電話番号				
	住居区分 (該当するものに○)	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	家賃月額(円)			
		契約期間	～		
	住居の利用定員(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 ²)				
	一体的に運営するサテライト型住居数(箇所)				
主たる対象者 (対象とするものに○)	身体障害		知的障害		
	精神障害		難病等対象者		

○サテライト型住居の情報

サテライト型住居①	フリガナ 名 称			
	所在地	(郵便番号 -)		
	電話番号			
	住居区分 (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)		
		契約期間	~	
	住居の利用定員(人)		居室の最小床面積(㎡)	
	本体住居の名称			
	本体住居との距離(km)			
	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	
サテライト型住居②	フリガナ 名 称			
	所在地	(郵便番号 -)		
	電話番号			
	住居区分 (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)		
		契約期間	~	
	住居の利用定員(人)		居室の最小床面積(㎡)	
	本体住居の名称			
	本体住居との距離(km)			
	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	
サテライト型住居③	フリガナ 名 称			
	所在地	(郵便番号 -)		
	電話番号			
	住居区分 (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)		
		契約期間	~	
	住居の利用定員(人)		居室の最小床面積(㎡)	
	本体住居の名称			
	本体住居との距離(km)			
	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)

- 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

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 -)				

■事業所の体制

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

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 1 3 障害者支援施設の指定等に係る記載事項

施設	フリガナ 名 称				
	所在地	(郵便番号 -)			
	電話番号				
	E-Mail				
管理者	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日	
	住 所	(郵便番号 -)			
	当該施設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			
		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 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					
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	廊下の幅(m)				
	中廊下の幅(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)				
協力医療機関	名称			診療科名	
協力歯科医療機関	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		

○昼間実施サービス及び施設入所支援に係る記載事項

昼間実施サービスの種類		生活介護	自立訓練 (機能訓練)	自立訓練 (生活訓練)	就労移行支援 (一般型)	就労移行支援 (資格取得型)	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								
	昼間多機能の実施	有		無		昼間の総定員数(人)			
(生活介護を行う場合のみ) 利用者の推定数(人)	施設が申告する障害支援区分の平均値								
	サービス単位	4未満			4以上5未満			5以上	
	サービス単位1								
	サービス単位2								
	サービス単位3								
昼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)					併設施設の種別				
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			無			
短期入所の利用者の推定数(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									

(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

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 -)				

■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			
	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			
事業所	フリガナ 名 称								
	所在地	(郵便番号 -) -----							
	電話番号								
	E-Mail								
管理者	フリガナ 氏 名	-----	生年月日	年 月 日					
	住 所	(郵便番号 -) -----							
	当該事業所における相談支援専門員との兼務の有無						有	無	
	他の事業所又は施設の従業者との兼務(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		-----						
指定地域相談支援の提供に当たる者	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 -) -----							
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									
常時の連絡体制の確保の具体的方法(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	
	その他(年末年始等)								
営業時間	平日	:			~			:	
	土曜	:			~			:	
	日・祝	:			~			:	
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。
- 「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

■指定地域相談支援の提供に当たる者

[illegible]

付表15 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の指定等に係る記載事項

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				
事業所	フリガナ 名 称							
	所在地	(郵便番号 -)						
	電話番号							
	E-Mail							
管理者	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日				
	住 所	(郵便番号 -)						
	当該事業所における相談支援専門員との兼務の有無			有	無			
	他の事業所又は施設の従業者との兼務(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						
相談支援専門員	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日				
		主任相談支援専門員に該当		有	無			
	住 所	(郵便番号 -)						
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日				
		主任相談支援専門員に該当		有	無			
相談支援員	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日				
		保有資格		社会福祉士	精神保健福祉士			
	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								
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	:		~		:		
通常の事業の実施地域								
○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								
事業所	フリガナ 名 称							
	所在地	(郵便番号 -)						
	電話番号							
	E-Mail							

管理者	フリガナ 氏 名	-----			生年月日	年 月 日		
	住 所	(郵便番号 -) -----						
	当該事業所における相談支援専門員との兼務の有無					有	無	
	他の事業所又は施設の従業者との兼務(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		-----				
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 -) -----						
	フリガナ 氏 名	-----			主任相談支援専門員に該当	有	無	
	住 所	(郵便番号 -) -----						
	フリガナ 氏 名	-----			主任相談支援専門員に該当	有	無	
相談支援員	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			
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	: ~ :						
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。
- 「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

■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
			主任相談支援専門員に該当	有	無	
	住所	(郵便番号 -)				
	フリガナ氏名		生年月日	年	月	日
			主任相談支援専門員に該当	有	無	
	住所	(郵便番号 -)				
相談支援員	フリガナ氏名		生年月日	年	月	日
			保有資格	社会福祉士	精神保健福祉士	
	住所	(郵便番号 -)				
	フリガナ氏名		生年月日	年	月	日
			保有資格	社会福祉士	精神保健福祉士	
	住所	(郵便番号 -)				

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、○)								
事業所	フリガナ 名 称							
	所在地	(郵便番号 -)						
	電話番号							
	E-Mail							
管理者	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						
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 -)						
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)								
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			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								
事業所	フリガナ 名 称							
	所在地	(郵便番号 -)						
	電話番号							
	E-Mail							
管理者	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						

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 -) -----						
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				主な診療科名			

(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。

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
	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

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	
	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 称							
	所在地	(郵便番号 -)						
	電話番号							
	E-Mail							
管理者	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						
児童 発達 支援 責任 者	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								
専用の区画の有無	有		無					
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				主な診療科名			

(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. 「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。

■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
	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	(郵便番号 -)						
	電話番号							
	E-Mail							
管理者	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						
児童 管理 責任 者	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								
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								

(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

[illegible]

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

施設	フリガナ 名 称							
	所在地	(郵便番号 -)						
	電話番号							
	E-Mail							
管理者	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 責任者	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日				
	住 所	(郵便番号 -)						
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				
○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(m ²)							
設置部分(設置 されているもの ○)	居室		調理室		浴室		便所	
	医務室		静養室		職業指導に 必要な設備		遊戯室	
	支援室		音楽に関 する設備		身体の機能 の不自由を助 ける設備		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			
協力歯科医療機関	名称							

(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。

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
	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

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			

付表２０ 障害児入所支援（医療型障害児入所施設）の指定等に係る記載事項

施設	フリガナ 名 称							
	所在地	(郵便番号 -)						
	電話番号							
	E-Mail							
管理者	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 -)						
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				
○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(m ²)							
設置部分(設置されているものに○)	支援室		浴室		静養室		屋外遊戯場	
	ギブス室		特殊工芸の作業を支援するに必要な設備		義肢装具を製作する設備		身体の機能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							

(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。

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
	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

協力歯科医療機関	名称	
	名称	
	名称	
	名称	
	名称	
	名称	