

付表1-1 児童発達支援事業所(福祉型児童発達支援センター)の指定に係る記載事項

主として通わせる児童の障害の種別

受付番号

施設	フリガナ 名称											
	所在地	(〒 - )										
	連絡先	電話番号					FAX番号					
	メールアドレス	@										
管理者	フリガナ 氏名					住所	(〒 - )					
	当該事業所の他の職務又は同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	事業所等の名称										
		兼務する職種及び勤務時間等										
実施主体が地方公共団体である場合は、当該支援の実施について定めてある条例等											第 条第 項第 号	
併設する施設の名称及び概要		名称										
		概要										
児童発達支援管理責任者	フリガナ 氏名					住所	(〒 - )					
従業者の職種・員数		嘱託医		児童指導員		保育士		栄養士		調理員		
		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)											
備考												
基準上の必要人数(人)												
従業者数		児童発達支援管理責任者		機能訓練担当職員		言語聴覚士		看護職員		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	
従業者数	常勤(人)											
	非常勤(人)											
備考												
基準上の必要人数(人)												
設備基準上の数値記載項目等		基準上の必要値		指導訓練室 遊戯室 屋外遊戯場 医務室 相談室 調理室 便所 静養室 聴力検査室 (設置部分を○でかこむ)								
		指導訓練室	m(児童1人当たり)	m(児童1人当たり)以上								
		遊戯室	m(児童1人当たり)	m(児童1人当たり)以上								
主な掲示事項												
営業日												
営業時間		サービス提供時間(送迎時間を除く)(① : ~ : ② : ~ : )										
利用定員		人 (単位ごとの定員) (①: 人 ②: 人)										
利用料												
その他の費用												
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況	している ・ していない									
		苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)			担当者						
		その他										
協力医療機関		名称					主な診療科名					
地域の障害児への援助の実施状況		有 ・ 無										
多機能型実施の有無		有 ・ 無										
法第21条の5の17第1項ただし書の規定による「別段の申出」の有無 (法施行規則第18条の35の7に規定する申出書)		有 ・ 無										
添付書類		別添のとおり(登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、障害児等からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、実務経験証明書又は実務経験見込申立書、雇用証明書又は雇用確約証明書、誓約書)、利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規他参考になるもの										

備考

- 「受付番号」「基準上の必要人数(人)」「基準上の必要値」欄には、記載しないでください。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 「併設する施設の名称及び概要」欄には、施設の目的及び提供するサービスの内容等を記載してください。
- 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 「その他の費用」欄には、入所児又は保護者等に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。  
(例 食事の提供に要する費用等)
- 「法第21条の5の17第1項ただし書の「別段の申出」の有無」欄には、共生型の特例によらない通常の指定を受けることを希望する場合は「有」に○、共生型の特例による指定を受けることを希望する場合は「無」に○を付けてください。