

一体的による事業を実施する従たる事業所に係る記載事項
(自立訓練(機能訓練)事業所・自立訓練(生活訓練)事業所・就労移行支援事業所・就労継続支援事業所)

※多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表16を併せて提出してください。

受付番号

障害福祉サービスの種類											
事業所	フリガナ										
	名 称										
	所在地	(郵便番号 -)									
	連 絡 先	電話番号					FAX番号				
当該事業の実施について定めてある定款、寄附行為等又は条例等(定款、寄附行為等については、就労継続支援A型の場合に限る。)										第 条第 項第 号	
訪問事業の実施の有無				有 ・ 無							
サービス管理責任者	フリガナ					住 所	(郵便番号 -)				
	氏 名										
従業者の職種・員数		サービス管理責任者		看護職員		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤(人)										
	非常勤(人)										
常勤換算後の人数(人)											
基準上の必要人数(人)											
		生活支援員		訪問支援員		職業指導員		就労支援員		その他の従業者	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
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	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	難病等対象者						
利 用 定 員		人									
基準上の必要定員		人									
利 用 料											
そ の 他 の 費 用											
通常の事業の実施地域											
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		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(※定款、寄付行為等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、協力医療機関との契約内容がわかるもの、誓約書)注「定款、寄付行為等」はA型のみ									

- (備考)
- 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「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葉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、准看護師のことを言います。
 - 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 「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 「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。
 - 8 障害福祉サービスの種類ごとに作成してください。