

付表7

障害者支援施設の指定に係る記載事項(その1)

受付番号													
施 設	フリガナ												
	名称												
	所在地	(郵便番号 ー)											
	連絡先	電話番号				FAX番号							
	メールアドレス												
管理 者	フリガナ			住 所	(郵便番号 ー)								
	氏 名												
昼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		看護職員								
	合計		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			
	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		
	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)												
主な掲示事項													
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		内部障害		
			知的障害者		精神障害者		難病等対象者						
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				
	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、実務経験証明書又は実務経験見込立書、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)												

(備考) 1 「受付番号」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 昼間に複数の施設障害福祉サービスを実施する場合、「昼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

4 施設入所支援に複数のサービス単位を設ける場合、「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。

5 「定員緩和措置の有無」欄は、基準省令第9条第2項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。

6 「従業員の職種・員数」欄には、職種ごとに、昼間実施サービスの従事者(付表7その3のI及びII欄に記載した職員)の合

7 「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。

付表7

障害者支援施設の指定に係る記載事項(その2)

受付番号

施設名																																																																							
昼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 (一般型)	就労移行支援 (資格取得)	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)																																																																							
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			施設が申告する障害支援区分の平均値																																																																				
			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																																																																						
	サービス単位3																																																																						
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																																																																							
居室	1室の最大定員		人	人以下	基準上の必要値																																																																		
	入所者1人あたりの最小床面積		m ²	m ²																																																																			
	廊下	廊下の幅		m					m																																																														
		中廊下の幅		m					m																																																														
既存施設からの移行の場合																																																																							
<table border="1"> <tr> <td>既存施設名</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td>施設種別</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td colspan="9">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</td> </tr> <tr> <td>短期入所の実施</td> <td colspan="2">有・無</td> <td colspan="6"></td> </tr> </table>									既存施設名									施設種別									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									短期入所の実施	有・無																																		
既存施設名																																																																							
施設種別																																																																							
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																																																																							
短期入所の実施	有・無																																																																						
<table border="1"> <tr> <td>主な掲示事項</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td>営業日</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td>営業時間</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td>利用料</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td>その他の費用</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td>通常の事業の実施地域</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td colspan="8"></td> </tr> </table>									主な掲示事項									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								
主な掲示事項																																																																							
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」「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。
- 「昼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。
- 「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。

付表7

障害者支援施設の指定に係る記載事項(その3)

枚中 _____ 枚目

受付番号

施設名		従業者の職種・員数															
施設障害福祉サービスの種類		サービス管理責任者		医師		看護職員				保健師				看護師		准看護師	
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)		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)																
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				生活支援員				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		
		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		
		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」「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はサービス単位ごと)に、従業者の員数を記載し、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、2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。