

第3部

申請等書類

別記
様式第1号

指定障がい福祉サービス事業者等指定(指定更新)申請書

年 月 日

山形県知事 殿

申請者 (設置者) 所在地
名 称
代表者

指定障害福祉サービス事業者(指定障害者支援施設、指定一般相談支援事業者)の指定(指定の更新)を受けたいので、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第36条第1項(第38条第1項、第41条第4項において準用する第36条第1項(第38条第1項)、第51条の19第1項、第51条の21第2項において準用する第51条の19第1項)の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

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 —)			
	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	
	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 —)			
指定(指定の更新)する事業所・施設	フリガナ 名 称				
	事業所(施設)の所在地	(郵便番号 —)			
	同一所在地において行う事業等の種類	指定申請をする事業等の事業開始予定年月日	他の法律において既に指定を受けている事業等の指定年月日	備考	
事業所番号	同一の法律において既に指定を受けている場合				

- 備考 1 「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、一般社団法人、一般財団法人、株式会社等記載してください。
- 2 「法人所轄庁」欄には、申請者が主務官庁から認可を受けて設立した法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 3 「同一所在地において行う事業等の種類」欄には、今回申請を行うもの及び既に指定を受けているものに係る事業の種類を記載してください。
- 4 「事業所番号」欄には、既に指定障害福祉サービス事業者等として山形県の指定を受け、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。

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に係る記載事項

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					
	居宅介護従業者等との兼務の有無				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						
サービス提供責任者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)
	氏名					
従業者の職種・員数		居宅介護等従業者		その他の従業者		
		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)						
主な揭示事項						
営業日						
営業時間						
サービス内容 居宅介護【身体介護(身体介護・通院介助)・家事援助等(家事援助・通院介助)・乗降介助】 重度訪問介護・同行援護・行動援護						
主たる対象者	居宅介護	特定無し・身体障害者・難病等対象者・知的障害者・障害児・精神障害者				
	重度訪問介護	特定無し・加算対象者以外				
	同行援護	特定無し・身体障害者・障害児				
	行動援護	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		登記事項証明書又は条例等、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 1 複数種類のサービスを実施する場合、「サービス内容」欄に複数のサービス種類を記載して本様式1枚にまとめて提出してください。なお、居宅介護の指定を受けた場合、あわせて重度訪問介護の指定もされることとなりますので、両者の指定を受けようとする場合は居宅介護のみの記載で構いません。ただし、重度訪問介護の指定を希望しない場合は「重度訪問介護」に×をつけてください。
- 2 「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。
- 3 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。
- 4 「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。
- 5 出張所等がある場合は、付表1-2にも記載してください。また、従業者については、本様式中に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
- 6 「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。
- 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。

付表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

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	
主な揭示事項					
営業日					
営業時間					
指定居宅介護等の内容		居宅介護【身体介護(身体介護・通院介助)・家事援助等(家事援助・通院介助)・乗降介助】 重度訪問介護・同行援護・行動援護			
主たる対象者	居宅介護	特定無し・身体障害者・難病等対象者・知的障害者・障害児・精神障害者			
	重度訪問介護	特定無し・加算対象者以外			
	同行援護	特定無し・身体障害者・障害児			
	行動援護	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		登記事項証明書又は条例等、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
- 1 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。
 - 2 「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。
 - 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記載してください。
 - 4 「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。
 - 5 共生型サービスの場合、職種は適宜修正して記載してください。

付表2 療養介護事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 -)							
	連絡先	電話番号				FAX番号			
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)			
	氏名								
	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、当該事業の実施について定めてある条例等 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								
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(デイルーム) 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		登記事項証明書又は条例等、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 1 「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 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。
 4 「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。
 5 「※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。

付表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、付表3-2を併せて提出してください。

※2 多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表14を併せて提出してください。

施設	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											
	当該生活介護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										
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												
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		医師		サービス管理責任者		看護職員		理学療法士		作業療法士		
		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)												
		機能訓練指導員		生活支援員		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			
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)												
前年度の平均実利用者数(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										
主な掲示事項												
営業日		単位ごとの営業日										
営業時間		単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く)(① : ~ : ② : ~ :)										
主たる対象者		特定無し		身体障害者								
				細分無し	肢体不自由	視覚障がい	聴覚・言語	内部障がい				
		難病等対象者		知的障害者	精神障害者							
利用定員		人(単位ごとの定員)(① ②)										
基準上の必要定員												
多機能型実施の有無		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										
協力医療機関		名称					主な診療科名					
一体的に管理運営する他の事業所												
添付書類		登記事項証明書又は条例等、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わかるもの										

- 備考 1 「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「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 「主な掲示事項」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 共生型サービスの場合、職種は適宜修正して記載してください。

付表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

※多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表14を併せて提出してください。

施設	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 -)									
	連絡先	電話番号					FAX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
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		医師		サービス管理責任者		看護職員		理学療法士		作業療法士	
		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)											
		機能訓練指導員		生活支援員		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
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)											
前年度の平均実利用者数(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									
主な揭示事項											
営業日	単位ごとの営業日										
営業時間	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く)(① : ~ : ② : ~ :)										
主たる対象者	特定無し	身体障がい者									
		細分無し	肢体不自由	視覚障がい	聴覚・言語	内部障がい					
	難病等対象者	知的障害者	精神障害者								
利用定員	人(単位ごとの定員)(① ②)										
基準上の必要定員											
多機能型実施の有無	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										
協力医療機関	名称					主な診療科名					
一体的に管理運営する他の事業所											
添付書類	登記事項証明書又は条例等、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わかるもの										

- 備考 1 「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「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 「※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 共生型サービスの場合、職種は適宜修正して記載してください。

付表4 短期入所事業所の指定に係る記載事項

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					事業所等の名称									
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(人)													
単独型事業所の居室		1室の最大定員(人)				入所者1人あたりの最小床面積				m ²					
従業者の職種・員数(人)		サービス管理責任者		医師		看護職員						心理判定員			
		専従	※兼務	専従	※兼務	合計	保健師	看護師	准看護師	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(人)		職能判定員		理学療法士等						あん摩マッサージ指圧師		生活支援員			
		専従	※兼務	専従	※兼務	合計	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		
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(人)		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)															
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															
主な揭示事項															
主たる対象者		特定無し・身体障害者・難病等対象者・知的障害者・障害児・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					
		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		登記事項証明書又は条例等、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わかるもの													

- 備考 1 「基準上の必要人数」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 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。
 4 「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。
 5 「※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。
 6 「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。
 7 共生型サービスの場合、職種は適宜修正して記載してください。

付表5 重度障害者等包括支援事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 -)			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
管理者	フリガナ			(郵便番号 -)	
	氏名	住所			
	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	
サービス提供責任者	フリガナ			(郵便番号 -)	
	氏名	住所			
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その他の事業所					
添付書類	登記事項証明書又は条例等、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)

- 備考 1 「基準上の必要人数」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 「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。
- 4 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。
- 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 「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。
- 7 「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。
- 8 「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。
- 9 「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。

付表6 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 その1

主たる事業所※	フリガナ							
	名称							
	所在地	(郵便番号 -)						
サービスの提供形態 (該当部分に○)	連絡先	電話番号			FAX番号			
		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】						
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)			
	氏名							
	他の事業所、施設又は医療機関の従業者との兼務(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			
事業の利用定員数	人							
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	従業者数		世話人		生活支援員		サービス管理責任者	
			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)								
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・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				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	登記事項証明書又は条例等、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わかるもの							

※ 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う。

付表7 その1 障害者支援施設の指定に係る記載事項

※昼間実施サービスは種別ごとの付表を作成してください。

施設	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														
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		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			
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	
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							
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		特定無し		身体障害者											
				細分無し		肢体不自由		視覚障がい		聴覚・言語		内部障がい			
		難病等対象者		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					
		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		登記事項証明書又は条例等、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わかるもの													

- 備考 1 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。
- 2 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数を記載してください。
- 3 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。
- 4 「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。
- 5 「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8その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。
- 6 「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。

付表7 その2 昼間実施サービス及び施設入所支援に係る記載事項

施設名							
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・養成)	就労継続支援 (A型)	就労移行支援 (B型)
	サービス単位						
	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					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的場合							
既存施設名							
施設種別							
経過措置			有 ・ 無				
特定旧法受給者数(人)							
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					
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 1 「基準上の必要値」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。
 4 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。
 5 既存の障害者施設からの移行的場合で、指定基準省令附則の規定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。
 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」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 その3 従業員の職種・員数に係る記載事項

枚中 枚目

施設名		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)													
		理学療法士等								生活支援員		その他の従業者	
		合計		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
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							
		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								その他の従業者			
		合計		通所		訪問		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)													
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		
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 1 「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。
 2 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。
 3 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。
 4 「※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。

付表8 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、各事業の付表と付表14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、付表8-2を併せて提出してください。

施設	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 -)									
連絡先	電話番号					FAX番号					
	フリガナ					(郵便番号 -)					
管理者	氏名					住所					
	当該自立訓練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								
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		その他の従業者					
		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	視覚障がい	聴覚・言語	内部障がい				
		難病等対象者	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		有・無									
一体的に管理運営する その他の事業所											
添付書類		登記事項証明書又は条例等、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わかるもの									

- 備考 1 「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「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。
 10 共生型サービスの場合、職種は適宜修正して記載してください。

付表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、各事業の付表と付表14を併せて提出してください。

施設	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 -)									
連絡先	電話番号					FAX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				
訪問事業の実施の有無		有・無									
サービス管理責任者	フリガナ										
	氏名					住所	(郵便番号 -)				
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)											
従業者数		生活支援員		訪問支援員		その他の従業者					
		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)											
主な掲示事項											
営業日											
営業時間											
主たる対象者		特定無し	細分無し		身体障害者						
				肢体不自由	視覚障がい	聴覚・言語	内部障がい				
		難病等対象者	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		登記事項証明書又は条例等、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わかるもの									

- 備考 1 「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「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 「主な掲示事項」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 共生型サービスの場合、職種は適宜修正して記載してください。

付表9 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、各事業の付表と付表14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、付表9-2を併せて提出してください。

施設	フリガナ												
	名称												
	所在地	(郵便番号 -)											
連絡先	電話番号						FAX番号						
	フリガナ						(郵便番号 -)						
管理者	氏名	住所											
	当該自立訓練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											
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
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		人以下	
		入所者1人あたりの最小床面積								㎡		㎡	
主な掲示事項													
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					
								視覚障がい		聴覚・言語		内部障がい	
		難病等対象者		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		登記事項証明書又は条例等、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わかるもの											

- 備考 1 「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「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 「主な掲示事項」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 共生型サービスの場合、職種は適宜修正して記載してください。

付表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、各事業の付表と付表14を併せて提出してください。

施設	フリガナ													
	名称													
	所在地	(郵便番号 -)												
	連絡先	電話番号					FAX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定款・寄附行為等又は条例等												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	
		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	視覚障がい	聴覚・言語	内部障がい						
		難病等対象者		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		登記事項証明書又は条例等、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わかるもの												

- 備考 1 「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「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 共生型サービスの場合、職種は適宜修正して記載してください。

付表10 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、各事業の付表と付表14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、付表10-2を併せて提出してください。

(一般型 資格取得型)

施設	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								
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定条例等					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								
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				
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		身体障害者			
						視覚障がい	聴覚・言語	内部障がい	
	難病等対象者	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				
	その他								
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		登記事項証明書又は条例等、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わかるもの							

- 備考 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「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 「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。
 4 「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。
 5 「※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。
 6 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。
 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 「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。

付表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、各事業の付表と付表14を併せて提出してください。

施設	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 -)										
	連絡先	電話番号					FAX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	
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							
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	視覚障がい	聴覚・言語	内部障がい					
		難病等対象者	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					
		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		登記事項証明書又は条例等、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わかるもの										

- 備考 1 「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「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 「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。

付表11 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、各事業の付表と付表14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、付表11-2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。

施設	フリガナ								
	名称								
所在地	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								
	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				
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		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	細分無し	肢体不自由	身体障害者		視覚障がい	聴覚・言語	内部障がい	
	難病等対象者	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				
	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		※定款、寄附行為等及び登記事項証明書又は条例等、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わかるもの 注※「定款、寄附行為」はA型のみ							

- 備考 1 「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「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 「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。
 4 「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。
 5 「※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。
 6 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。
 7 「その他の費用」欄には、入所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。

付表11-2 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、各事業の付表と付表14を併せて提出してください。

施設	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 -)										
	連絡先	電話番号					FAX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	
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							
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	視覚障がい	聴覚・言語	内部障がい					
		難病等対象者	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				
		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		※定款、寄附行為等及び登記事項証明書又は条例等、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わかるもの 注※「定款、寄附行為」はA型のみ										

- 備考 1 「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「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 「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。

付表12 就労定着支援事業の指定に係る記載事項

指定を受けようとする事業所	フリガナ 名称								
	所在地	(郵便番号 -)							
	連絡先	電話番号				FAX番号			
既指定事業所	フリガナ 名称								
	所在地	(郵便番号 -)							
	サービスの種類								
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)				
	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					
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				
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		管理者		サービス管理責任者		就労定着支援員		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)									
一体的に運営する事業所の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 視覚障がい		聴覚・言語 内部障がい	
	難病等対象者	知的障害者		精神障害者					
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		登記事項証明書又は条例等、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							

- 備考 1 「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「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 「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 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 「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。
 6 「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。
 7 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。

一般就労移行実績

【申請日の属する日から遡って過去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. 申請日の属する日から遡って過去3年間において、一般就労に移行した者について記入する。
一般就労の定義、雇用継続の状況は問わない。
- 注 2. 就労定着支援を申請する事業所ごとに作成し、指定申請書に添付すること。
- 注 3. 申請日の属する日から遡って過去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になる。
- 注 4. 適宜、欄は追加してください。

付表13 自立生活援助事業の指定に係る記載事項

指定を受けようとする事業所	フリガナ 名 称								
	所在地	(郵便番号 -)							
	連絡先	電話番号		FAX番号					
既指定事業所	フリガナ 名 称						下記のいずれかを○で囲んでください。		
	所在地	(郵便番号 -)							
	サービスの種類	障害福祉サービス 障害者支援施設 相談支援							
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					
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				
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		管理者		サービス管理責任者		地域生活支援員		その他の従業者	
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
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	細分無し	肢体不自由	身体障害者		視覚障がい	聴覚・言語	内部障がい	
	難病等対象者	知的障害者	精神障害者						
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		登記事項証明書又は条例等、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							

- 備考 1 「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「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 「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 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 「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。
 6 「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。

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) その1



※多機能型事業実施時は各付表とこの表を併せて提出してください。

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	(郵便番号 —)									
	連絡先	電話番号					FAX番号				
事業所5	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										
	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がいの種類	無し		身体障害者			難病等対象者		知的障害者		精神障害者	
			細分無し	肢体不自由	視覚障がい	聴覚・言語	内部障がい				
生活介護を行う場合のみ		事業所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										
実施事業	生活介護	児童発達		放課後等デイ		居宅訪問型 児童発達支援	自立訓練 (機能訓練)	自立訓練 (生活訓練)	就労移行支援 (一般・養成)	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	サービス単位								
	有	無	有	無	有						
主たる事業所											
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※	児童発達	放課後等デイ	居宅訪問型 児童発達支援	自立訓練 (機能訓練)	自立訓練 (生活訓練)	就労移行支援 (一般・養成)	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											



従業者の職種・員数																
			サービス管理責任者		医師		看護職員									
			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				
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)															
			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)															
			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		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 1 「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。
- 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 「定員緩和措置の有無」欄は、基準省令第89条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。
- 4 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葉にサービス単位ごとの定員を記載してください。
- 5 新設の場合には、「前年度平均入所者数」欄は推定数を記入してください。
- 6 「※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。

		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	
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業について定めてある条例等		第	条第	
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	
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、別紙に記載)		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 ・ 難病等対象者 ・ 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	登記事項証明書又は条例等、事業所の平面図、運営規程、経歴書、利用者又はその家族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、誓約書			

(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」については、指定特定相談支援事業所、指定障害児相談支援事業所との兼務は除く。
4. 「常時の連絡体制」については、営業時間以外の事業所の人員体制(宿直等)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」については、本欄の記載を省略し、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様に記載した書類を添付してください。

付表15

別紙 他の事業所又は施設の従事者と兼務する地域移行支援・地域定着支援に従事する者について

他の事業所又は施設の従事者と兼務する地域移行支援・地域定着支援に従事する者を全て記載してください。					
1	氏 名		事業所の名称		
	フリガナ		事業の種類		兼務する職種
	氏名		勤務時間		
2	氏 名		事業所の名称		
	フリガナ		事業の種類		兼務する職種
	氏名		勤務時間		
3	氏 名		事業所の名称		
	フリガナ		事業の種類		兼務する職種
	氏名		勤務時間		
4	氏 名		事業所の名称		
	フリガナ		事業の種類		兼務する職種
	氏名		勤務時間		
5	氏 名		事業所の名称		
	フリガナ		事業の種類		兼務する職種
	氏名		勤務時間		

様式第1号の2

指定障がい福祉サービス事業者等変更指定申請書

年 月 日

山形県知事 殿

申請者 所在地
名称
代表者

指定障害福祉サービス事業者(指定障害者支援施設)に係る指定の変更を受けたいので、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第37条第1項(第39条第1項)の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

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 —)		
	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	
	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 —)		
変更指定を受けようとする事業所・施設	フリガナ 名称			
	事業所(施設)の所在地	(郵便番号 —)		
	同一所在地において行う事業等の種類	事業等の開始(予定)年月日	他の法律において既に指定を受けている事業等の指定年月日	備考
事業所番号	同一の法律において既に指定を受けている場合			

備考 1 「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、一般社団法人、一般財団法人、株式会社等記載してください。

2 「法人所轄庁」欄には、申請者が主務官庁から認可を受けて設立した法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。

3 「同一所在地において行う事業等の種類」欄には、今回申請を行うもの及び既に指定を受けているものに係る事業の種類を記載してください。

4 「事業所番号」欄には、既に指定障害福祉サービス事業者等として山形県の指定を受け、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。複数の様式を有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。

様式第2号

指定障がい福祉サービス事業者等申請事項変更届

年 月 日

山形県知事 殿

事業者 住所(所在地)
(設置者) 氏名(名称及び代表者氏名)

次のとおり指定障害福祉サービス事業者(指定障害者支援施設、指定一般相談支援事業者)の指定に係る事項に変更があったので、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第46条第1項(第46条第3項、第51条の25第1項)の規定により届け出ます。

指定内容を変更した事業所(施設)	事業所番号	
	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(設置の場所)		
3 申請者(設置者)の名称		
4 主たる事務所の所在地		
5 代表者の氏名及び住所		
6 登記事項証明書(就労継続支援A型事業所にあつては、定款、寄附行為等及びその登記事項証明書)又は条例等(当該指定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)の管理者の氏名及び住所		
9 事業所のサービス提供責任者・サービス管理責任者の氏名及び住所		
10 主たる対象者		
11 運営規程		
12 事業所の種別(併設型・空床型の別)		
13 併設型における利用推定数又は空床型における当該施設の入所者の定員		
14 障害福祉サービスの種類		
15 第三者の事業所の名称及び所在地		
16 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		
17 関係機関との連携体制、協力体制及び支援体制の概要		
18 当該申請に係る事業の開始予定年月日		
19 併設する施設がある場合の当該併設施設の概要		
20 同一敷地内にある入所施設及び病院の概要		
変更年月日	年 月 日	

- 備考 1 変更する項目の番号に○を付けてください。
2 変更内容が分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。

様式第3号

指定障がい福祉サービス事業等再開(廃止・休止)届

年 月 日

山形県知事 殿

事業者 住所(所在地)
氏名(名称及び代表者氏名)

下記のとおり指定障害福祉サービス事業(指定一般相談支援事業)を再開した(廃止・休止する)ので、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第46条第1項(第46条第2項、第51条の25第1項、第51条の25第2項)の規定により届け出ます。

再開した(廃止・休止する) 事業所	事業所番号	
	名称	
	所在地	
再開した(廃止・休止する)年月日	年 月 日	
廃止・休止する理由		
現に指定障害福祉サービス(指定相談支援)を受けている者に対する措置(廃止・休止する場合のみ)		
休止予定期間	年 月 日～ 年 月 日	

(注) 1 事業の再開に係る届出にあつては、当該事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態が休止前と異なる場合には、勤務体制・形態一覧表を添付してください。

2 事業の再開に係る届出にあつては、再開の日から10日以内に届け出てください。

3 事業の廃止又は休止に係る届出にあつては、廃止又は休止しようとする日の1月前までに、次に掲げる書類を添付して届け出てください。

(1) 利用者の移行先等を把握することができるもの

現に指定障害福祉サービス(指定相談支援)を受けている者の氏名、連絡先、受給者証番号及び引き続き当該指定障害福祉サービス(指定相談支援)に相当するサービスの提供を希望する旨の申出の有無並びに引き続き当該指定障害福祉サービス(指定相談支援)に相当するサービスの提供を希望する者に対し、必要な障害福祉サービス(相談支援)を継続的に提供する他の指定障害福祉サービス(指定相談支援)事業者の名称を記載すること。

(2) 利用者の希望等を調査するために実施した面談等の対応について記録したもの

様式第3号の2

指定障がい者支援施設指定辞退届

年 月 日

山形県知事 殿

設置者 住所(所在地)
氏名(名称及び代表者氏名)

次のとおり指定障害者支援施設の指定を辞退したいので、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第47条の規定により届け出ます。

指 定 を 辞 退 す る 施 設	事 業 所 番 号	
	名 称	
	所 在 地	
指 定 を 受 け た 年 月 日	年 月 日	
指 定 を 辞 退 す る 年 月 日	年 月 日	
指 定 を 辞 退 す る 理 由		
現に施設に入所している者に対する措置		

(注) 指定を辞退する日の3月前までに、次に掲げる書類を添付して申し出てください。

1 利用者の移行先等を把握することができるもの

現に施設障害福祉サービスを受けている者の氏名、連絡先、受給者証番号及び引き続き当該施設障害福祉サービスに相当するサービスの提供を希望する旨の申出の有無並びに引き続き当該施設障害福祉サービスに相当するサービスの提供を希望する者に対し、必要な施設障害福祉サービスを継続的に提供する他の指定障害者支援施設等の名称を記載すること。

2 利用者の希望等を調査するために実施した面談等の対応について記録したもの

事業開始届		
開始しようとする事業	種類	1 障害福祉サービス事業 2 一般相談支援事業 3 特定相談支援事業 4 移動支援事業 5 地域活動支援センター経営事業 6 福祉ホーム経営事業
	内容	
経営者	氏名又は名称	
	住所又は所在地	
条例、定款その他の基本約款	別添 1	
職員の職務	職務の内容	職員の定数
	合計	
主な職員の氏名		
主な職員の経歴	別添 2	
事業を行う区域		
短期入所事業の用に供する施設	名称	
	種類	
	所在地	
	入所定員	
事業開始年月日	年 月 日	
<p>事業を開始しますので、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第79条第2項の規定により、上記のとおり届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">事業経営者 住所又は所在地 氏名又は名称及び 代表者の氏名</p> <p>山形県知事 殿</p>		

備考 1 「種類」欄では、開始しようとする事業の番号を○で囲むこと。

2 「条例、定款その他の基本約款」の写し及び「主な職員の経歴」の資料を添付すること。

事業変更届			
	事項及び変更年月日	変 更 前	変 更 後
変 更 内 容	事業の種類及び内容 (年 月 日)		
	経営者の氏名及び住所 (法人の場合は、名称及び主たる事務所の所在地) (年 月 日)		
	条例、定款その他基本約款 (年 月 日)		
	職員の定数及び職務内容 (年 月 日)		
	主な職員の氏名及び経歴 (年 月 日)		
	事業を行う区域 (年 月 日)		
	短期入所事業に係る内容 (年 月 日)		
備 考			
<p>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第79条第2項の規定により届け出た事項を変更したので、同条第3項の規定により、上記のとおり届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>事業経営者 住所又は所在地 氏名又は名称及び 代表者の氏名</p> <p>山形県知事 殿</p>			

事業廃止（休止）届

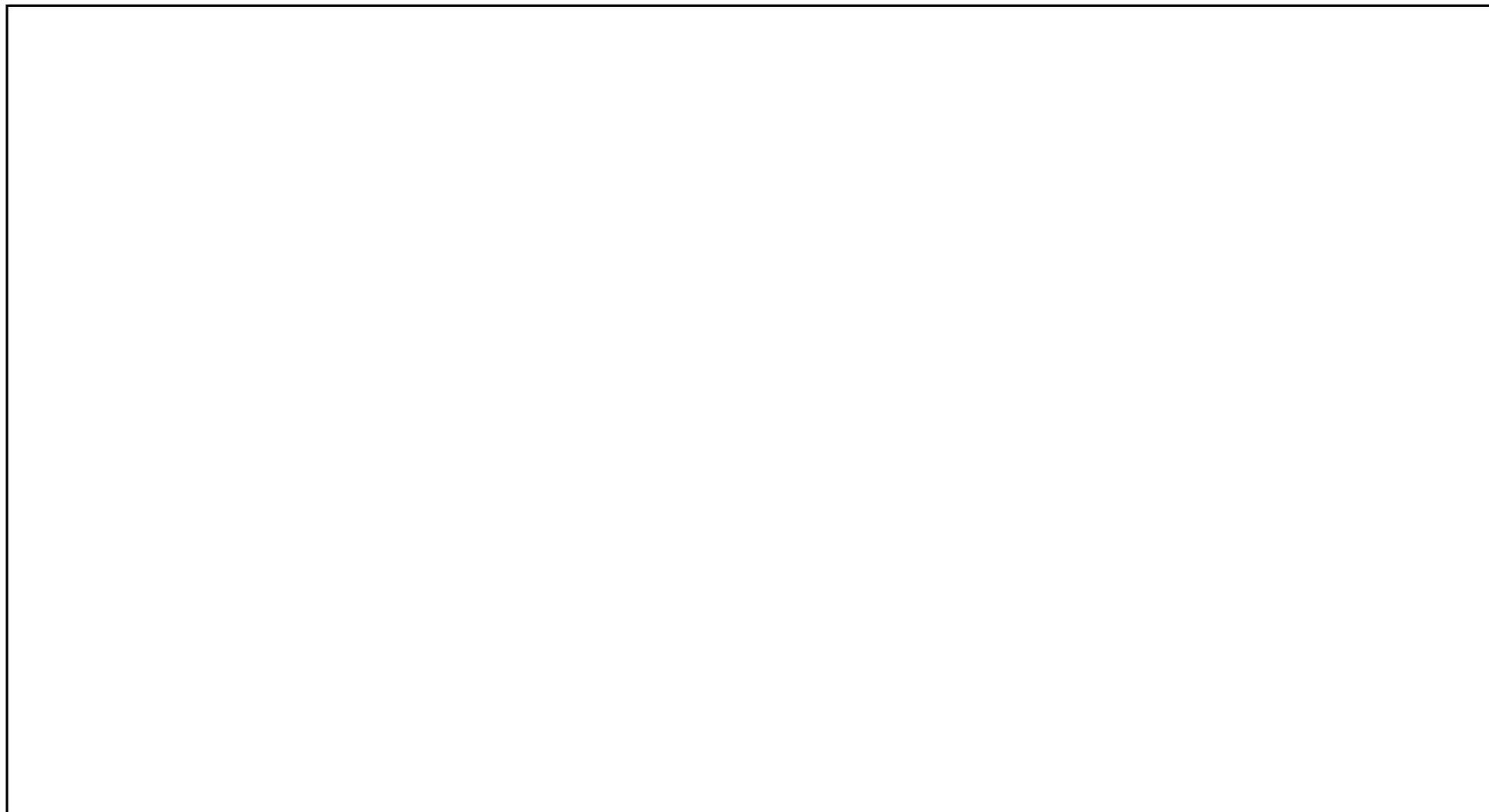
事業者	氏名又は 名称	
	住所又は 所在地	
廃止・休止の別		廃止・休止
廃止（休止）予定年月日		
廃止（休止）の理由		
現に便宜を受け、又は入所している者に対する措置		
休止予定期間 （休止の場合に限る）		年 月 日～ 年 月 日
<p>事業を廃止（休止）しますので、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第79条第4項の規定により、上記のとおり届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>事業経営者</p> <p>住所又は所在地</p> <p>氏名又は名称及び</p> <p>代表者の氏名</p> <p>山形県知事 殿</p>		

備考 該当する項目を○で囲むこと。

(参考様式 1)

平面図

事業所の名称	
--------	--



備考 1 各室の用途及び面積を記載してください。

2 当該事業所の専用部分と他の事業所等との共用部分がある場合はそれぞれ色分けする等して使用関係を分かり易く表示してください。

(参考様式2)

設備・備品等一覧表

サービス種類 ()
事業所名 ()

設備の概要	設備基準上適合すべき項目等についての状況	適合の可否
サービス提供上配慮すべき設備の概要 非常災害設備等		
室名	備品の品目及び数量	

- 備考1 申請するサービス種類に関して、基準省令で定められた設備基準上適合すべき項目のうち、「居室面積等一覧表」に記載した項目以外の事項について記載してください。
- 必要に応じて写真等を添付し、その旨を合わせて記載してください。
 - 「適合の可否」欄には、何も記載しないでください。

(参考様式3)

〇〇〇経歴書

事業所の名称		
フリガナ		
氏名		生年月日 年 月 日
住所	(郵便番号 ー)	
電話番号		
主な職歴等		
年月 ～ 年月	勤務先等	職務内容
職務に関連する資格		
資格の種類	資格取得年月日	
備考(研修等の受講の状況等)		

- 備考1 「〇〇〇」には、「管理者」、「サービス提供責任者」、「サービス管理責任者」又は「相談支援専門員」と記載してください。
- 2 住所・電話番号は、自宅のものを記載してください。
- 3 当該管理者が管理する事業所が複数の場合は、「事業所の名称」欄を適宜拡張して、その全てを記載してください。
- 4 国家資格等がある場合は、免許等の写しを添付してください。
- 5 相談支援従事者研修、サービス管理責任者研修の修了証を添付してください。

(参考様式4)

実務経験証明書

様 年 月 日 番 号

施設又は事業所所在地及び名称

代表者氏名 印
電話番号

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

氏 名	(生年月日 年 月 日)
現 住 所	
施設又は事業所名	施設・事業所の種別 ()
業 務 期 間	年 月 日～ 年 月 日 (年 月間)
うち業務に従事した日数	
業 務 内 容	職名 ()

- (注) 1. 施設又は事業所名欄には、サービス種別も記入すること。
2. 業務期間欄は、証明を受ける者が障害者に対する直接的な援助を行っていた期間を記入すること。(産休・育休・療養休暇や長期研修期間等は業務期間となりません)
現在、既に必要とする実務経験期間を満たしている場合は、実務経験証明書作成日までの期間または、退職した日までの期間を記入してください。
3. 業務内容欄は、生活指導員、看護師等の職名を記入し、本来業務について、生活介護事業における〇〇業務、〇〇実施要綱の〇〇事業の〇〇業務等具体的に記入すること。
また、療養病床の病棟等において介護業務を行った場合は明記し、当該病棟が療養病床として許可等を受けた年月日を記入すること。
4. 証明内容を訂正した場合は、証明権者の職印を押印してください。なお、修正液による訂正は認められません。

(参考様式5)

実務経験見込証明書

様 年 月 日 番 号

施設又は事業所所在地及び名称

代表者氏名 印
電話番号

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

氏 名	(生年月日 年 月 日)
現 住 所	
施設又は事業所名	施設・事業所の種別 ()
業 務 期 間	年 月 日～ 年 月 日 (年 月間)
うち業務に従事した日数	
業 務 内 容	職名 ()

- (注) 1. 施設又は事業所名欄には、サービス種別も記入すること。
2. 業務期間欄は、証明を受ける者が障害者に対する直接的な援助を行うと見込まれる期間を記入すること。(産休・育休・療養休暇や長期研修期間等は業務期間となりません)
3. 業務内容欄は、生活指導員、看護師等の職名を記入し、本来業務について、生活介護事業における〇〇業務、〇〇実施要綱の〇〇事業の〇〇業務等具体的に記入すること。
また、療養病床の病棟等において介護業務を行った場合は明記し、当該病棟が療養病床として許可等を受けた年月日を記入すること。
4. 証明内容を訂正した場合は、証明権者の職印を押印してください。なお、修正液による訂正は認められません。

(参考様式6)

利用者(入所者)又はその家族からの苦情を解決するために講ずる措置の概要

事業所又は施設名	
申請するサービス種類	

措置の概要

1 利用者(入所者)又はその家族からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口(連絡先、電話番号、FAX番号等)、担当者

2 円滑かつ迅速に苦情を解決するための処理体制・手順

※具体的な対応方針

3 その他参考事項

備考 上の事項は例示であるので、これにかかわらず適宜項目を追加し、その内容について具体的に記載してください。

(参考様式7)

指定障害福祉サービス等の主たる対象者を特定する理由等

事業所名	
指定障害福祉サービス等の種類	

1 申請に係る指定障害福祉サービスの主たる対象者 ※該当するものを○で囲むこと。

身体障害者（肢体不自由 ・ 視覚 ・ 聴覚言語 ・ 内部障がい）
知的障害者 ・ 障害児 ・ 精神障害者 ・ 難病等対象者

2 主たる対象者を1のとおり特定する理由

3 今後における主たる対象者の拡充の予定

(1) 拡充予定の有無

あり ・ なし

(2) 拡充予定の内容及び予定時期

(3) 拡充のための方策

(参考様式 8)

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第 36 条第 3 項各号の規定に該当しない旨の誓約書

年 月 日

山形県知事 様

申請者 所在地
名称
代表者 住所
氏名

当法人（別紙に記載する役員等を含む。）は、下記に掲げる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第 36 条第 3 項各号の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。

記

【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第 36 条第 3 項各号の規定】（一部要約）

- 1 申請者が山形県の条例及び条例施行規則で定める者（法人）でないとき。
- 2 当該申請に係るサービス事業所の従業者の知識及び技能並びに人員が、山形県の条例で定める基準を満たしていないとき。
- 3 申請者が、山形県の条例で定める指定障害福祉サービスの事業の設備及び運営に関する基準に従って適正な障害福祉サービス事業の運営をすることができないと認められるとき。
- 4 申請者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 5 申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるもの（※）の規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
（※）児童福祉法、身体障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、社会福祉法、老人福祉法、社会福祉士及び介護福祉士法、介護保険法、精神保健福祉士法
- 5の 申請者が、労働に関する法律の規定であって政令で定めるものにより罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受ける
2 ことがなくなるまでの者であるとき。
- 6 申請者が、第 50 条第 1 項（同条第 3 項において準用する場合を含む。以下この項において同じ。）又は第 51 条の 29 第 1 項若しくは第 2 項の規定により指定を取り消され、その取消の日から起算して 5 年を経過しない者（当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消の処分に係る行政手続法（平成 5 年法律第 88 号）第 15 条の規定による通知があった日前 60 日以内に当該法人の役員又はそのサービス事業所を管理する者その他の政令で定める使用人（以下「役員等」という。）であった者で当該取消の日から起算して 5 年を経過しないものを含む、当該指定を取り消された者が法人でない場合においては、当該通知があった日前 60 日以内に当該者の管理者であった者で当該取消の日から起算して 5 年を経過しないものを含む。）であるとき。
ただし、当該指定の取消しが、指定障害福祉サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定障害福祉サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定障害福祉サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 7 申請者と密接な関係を有する者（申請者（法人に限る。以下この号において同じ。）の株式の所有その他の事由を通じて当該申請者の事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの（以下この号において「申請者の親会社等」という。）、申請者の親会社等が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの又は当該申請者が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもののうち、当該申請者と厚生労働省令で定める密接な関係を有する法人をいう。）が、第 50 条第 1 項又は第 51 条の 29 第 1 項若しくは第 2 項の規定により指定を取り消され、その取消の日から起算して 5 年を経過していないとき。
ただし、当該指定の取消しが、指定障害福祉サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定障害福祉サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定障害福祉サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 8 申請者が、第 50 条第 1 項の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第 15 条の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第 46 条第 1 項の規定による事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出の日から起算して 5 年を経過しないものであるとき。
- 9 申請者が、第 48 条第 1 項（同条第 3 項において準用する場合を含む。）又は第 51 条の 27 第 1 項若しくは第 2 項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日（当該検査の結果に基づき第 50 条第 1 項又は第 51 条の 29 第 1 項若しくは第 2 項の規定による指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として厚生労働省令で定めるところにより都道府県知事が当該申請者に当該検査が行われた日から 10 日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。）までの間に第 46 条第 2 項又は第 51 条の 25 第 2 項若しくは第 4 項の規定による事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出の日から起算して 5 年を経過しないものであるとき。
- 10 第 8 号に規定する期間内に第 46 条第 2 項又は第 51 条の 25 第 2 項若しくは第 4 項の規定による事業の廃止の届出があった場合において、申請者が、同号の通知の日前 60 日以内に当該届出に係る法人（当該事業の廃止について相当の理由がある法人を除く。）の役員等又は当該届出に係る法人でない者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）の管理者であった者で、当該届出の日から起算して 5 年を経過しないものであるとき。
- 11 申請者が、指定の申請前 5 年以内に障害福祉サービスに関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
- 12 申請者が、法人で、その役員等のうちに第 4 号から第 6 号まで又は第 8 号から前号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。
- 13 申請者が、法人でない者で、その管理者が第 4 号から第 6 号まで又は第 8 号から第 11 号までのいずれかに該当する者であるとき。

(参考様式 8 - 2)

指定一般相談支援事業者の指定に係る誓約書

年 月 日

山形県知事 様

申請者 所在地
名 称
代表者 住 所
氏 名

当法人（別紙に記載する役員等を含む。）は、下記に掲げる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第 5 1 条の 1 9 第 2 項において準用する同法第 3 6 条第 3 項（第 4 号、第 1 0 号及び第 1 3 号を除く。）の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。

記

【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第 3 6 条第 3 項（第 4 号、第 1 0 号及び第 1 3 号を除く。）の読替後の規定】

- 1 申請者が法人でないとき。
- 2 当該申請に係る一般相談支援事業所（第 5 1 条の 1 9 第 1 項に規定する一般相談支援事業所をいう。以下同じ。）の従業者の知識及び技能並びに人員が、第 5 1 条の 2 3 第 1 項の厚生労働省令で定める基準を満たしていないとき。
- 3 申請者が、第 5 1 条の 2 3 第 2 項の厚生労働省令で定める指定地域相談支援の事業の運営に関する基準に従って適正な一般相談支援事業の運営をすることができないと認められるとき。
- 5 申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるもの（※）の規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
（※）児童福祉法、身体障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、社会福祉法、老人福祉法、社会福祉士及び介護福祉士法、介護保険法、精神保健福祉士法
- 5 の 2 申請者が、労働に関する法律の規定であって政令で定めるものにより罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 6 申請者が、第 5 0 条第 1 項（同条第 3 項において準用する場合を含む。以下この項において同じ。）又は第 5 1 条の 2 9 第 1 項若しくは第 2 項の規定により指定を取り消され、その取消の日から起算して 5 年を経過しない者（当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消の処分に係る行政手続法（平成 5 年法律第 8 8 号）第 1 5 条の規定による通知があった日前 6 0 日以内に当該法人の役員又はその一般相談支援事業所を管理する者その他の政令で定める使用人（以下「役員等」という。）であった者で当該取消の日から起算して 5 年を経過しないものを含み、当該指定を取り消された者が法人でない場合においては、当該通知があった日前 6 0 日以内に当該者の管理者であった者で当該取消の日から起算して 5 年を経過しないものを含む。）であるとき。
ただし、当該指定の取消しが、指定一般相談支援事業者（第 5 1 条の 1 4 第 1 項に規定する指定一般相談支援事業者をいう。以下同じ。）の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定一般相談支援事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定一般相談支援事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 7 申請者と密接な関係を有する者（申請者（法人に限る。以下この号において同じ。）の株式の所有その他の事由を通じて当該申請者の事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの（以下この号において「申請者の親会社等」という。）、申請者の親会社等が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの又は当該申請者が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもののうち、当該申請者と厚生労働省令で定める密接な関係を有する法人をいう。）が、第 5 0 条第 1 項又は第 5 1 条の 2 9 第 1 項若しくは第 2 項の規定により指定を取り消され、その取消の日から起算して 5 年を経過していないとき。
ただし、当該指定の取消しが、指定一般相談支援事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定一般相談支援事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定一般相談支援事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 8 申請者が、第 5 0 条第 1 項の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第 1 5 条の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第 4 6 条第 1 項の規定による事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出の日から起算して 5 年を経過しないものであるとき。
- 9 申請者が、第 4 8 条第 1 項（同条第 3 項において準用する場合を含む。）又は第 5 1 条の 2 7 第 1 項若しくは第 2 項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日（当該検査の結果に基づき第 5 0 条第 1 項又は第 5 1 条の 2 9 第 1 項若しくは第 2 項の規定による指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として厚生労働省令で定めるところにより都道府県知事が当該申請者に当該検査が行われた日から 1 0 日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。）までの間に第 4 6 条第 2 項又は第 5 1 条の 2 5 第 2 項若しくは第 4 項の規定による事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出の日から起算して 5 年を経過しないものであるとき。
- 11 申請者が、指定の申請前 5 年以内に相談支援に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
- 12 申請者が、法人で、その役員等のうちに第 5 号、第 6 号、第 8 号、第 9 号又は前号のいずれかに該当する者のあるものであるとき。

(参考様式 9-1) ※確認済証等が交付されている場合に提出
建築物関係法令に関する届出書

年 月 日

山形県知事 殿

届出者所在地

事業者名

代表者名

以下の建築物について、建築物関係法令に適合していることを届け出ます。

1 建築物の概要

事業所（住居）名	
事業所（住居）の所在地	
障害福祉サービス等の種類	

2 建築基準法令への適合状況

济証等	<input type="checkbox"/> 確認済証 <input type="checkbox"/> 検査済証 <input type="checkbox"/> 確認済証等交付証明書	济証等の 交付日		济証等の 交付者	
確認申請書第四面【2.用途】に記載されている用途					
<input type="checkbox"/> 【08210】 主要用途【 】		<input type="checkbox"/> 【08030】 主要用途【 】			
<input type="checkbox"/> 【08040】 主要用途【 】		<input type="checkbox"/> その他 【 】 主要用途【 】			
建築基準法令への適合を示す济証等の写しを添付してください。 (備考欄)					

3 消防法令への適合状況

届出書等	<input type="checkbox"/> 消防用設備等設置届出書 <input type="checkbox"/> 消防用設備検査済証 <input type="checkbox"/> 防火対象物点検報告書	届出書等の 交付日		届出書等の 交付者	
消防法施行令上の用途		<input type="checkbox"/> 別表第1(5)項ロ		<input type="checkbox"/> 別表第1(6)項ロ	
		<input type="checkbox"/> 別表第1(6)項ハ		<input type="checkbox"/> その他()	
消防法令への適合を示す届出書等の写し (消防用設備等検査済証など) を添付してください。 (備考欄)					

※ グループホームについては、共同生活住居ごとに届出を行ってください。

(参考様式 9-2) ※確認済証等が交付されていない場合に提出
建築物関係法令に関する届出書

年 月 日

山形県知事 殿

届出者 所在地

事業者名

代表者名

以下の建築物について、建築物関係法令に適合していることを届け出ます。

1 建築物の概要

事業所(住居)名	
事業所(住居)の所在地	
障害福祉サービス等の種類	
事業所(住居)の内容 ※該当に○	新築 ・ 既存物件の用途を変更して使用
※既存建築物の用途を変更して使用する場合 該当に○	※新築の場合は記載不要 既存建築物を増築 ・ 既存建築物を改築 ・ 改修(リフォーム)して使用 そのまま使用 ・ その他()
建築年月日 ※用途変更をした場合は ()内に用途変更をした年月日を記入	年 月 日 (用途変更した日: 年 月 日)
構造 ※該当に○	木造 ・ 鉄骨造 ・ 鉄筋コンクリート造 その他()
階数	地上 階 / 地下 階
建築物全体の床面積	m ²
建築基準法令上の 事業の用途に供する延べ床面積	m ²
障害福祉サービス等事業に 使用する部分の延べ床面積	m ²

注「建築基準法令上の事業の用途に供する面積」は、既存建築物の一区画を利用し事業を行う場合などは、「障害福祉サービス等事業で使用する面積」と異なる場合があります。詳しくは、別シート「○留意点」を参照してください。

(参考様式 1 1)

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

事業所名	
管理者名	

措置の概要	
1	協議会等への報告・協議会からの評価等に対応する担当者（連絡先）
2	報告する又は評価を受ける協議会等の名称
3	定期報告・評価の時期（年1回以上）
4	協議会等から必要な要望、助言等を聴く機会の具体的な内容
5	その他参考事項

備考 上の事項は例示であるので、これにかかわらず適宜項目を追加し、その内容について具体的に記載してください。

(参考様式 12)

共生型サービス指定に係る確認票

事業所名	
◎確認事項	
①サービス名：共生型サービス _____ (既存サービス _____)	
②利用定員：共生型サービス _____ 名 (既存サービス _____ 名)	
③全サービスの一日当たりの利用者合計は _____ 名以内 (上限) ※内訳：共生型サービス _____ 名程度 (既存サービス _____ 名程度) の見込	
④上記定員に対し既存サービスの基準を満たしているか (該当する方に○をつけてください)	
○上記定員に対し従業員数は既存サービスの基準を満たしているか 1 基準を満たしている ・ 2 基準を満たしていない	
○床面積は既存サービスの基準を満たしているか (施設面積 _____ m ²) (注1) 1 基準を満たしている ・ 2 基準を満たしていない	
⑤技術的支援 (注2)	
・ どこから	
・ 支援の内容	

(注1) 介護保険サービス基準では、食堂+機能訓練室の面積を利用人数で除して一人当たり3㎡を満たしている必要があります。

(注2) 指定障害福祉サービス事業所その他の施設から、共生型サービス事業所が障害者の支援を行ううえで、必要な技術的支援を受けている必要があります。

(参考様式 13)

共生型の特例による指定を不要とする旨の申出書

山形県知事 殿

住所
申出者
法人名及び
代表者職・氏名

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第41条の2第1項ただし書の規定により、次のとおり共生型障害福祉サービス事業者の特例による指定を不要とする旨を申し出ます。

事業所	名称		
	所在地		
	連絡先		
管理者	氏名		
	住所		
申出に係るサービスの種類 (該当するものに○)	居宅介護 短期入所	重度訪問介護 自立訓練（機能訓練）	生活介護 自立訓練（生活訓練）

注1 「事業所」欄及び「管理者」欄は、指定申請に係る事業所について記入してください。

注2 共生型の特例の適用を受ける場合は、この申出書の提出は不要です。

共生型の指定申請に必要な書類について

		○ 提出必要 × 省略可 △ 写しの提出で可 ※ 必要に応じて提出													
書類名	書 類 名	共生型 居宅介護	共生型 重度訪問 介護	共生型 生活介護		共生型 短期入所		共生型 自立訓練 (機能訓練)		共生型 自立訓練 (生活訓練)		共生型 児童発達支援		共生型放課後等 デイサービス	
				A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
申請書	指定障害福祉サービス事業者等指定申請書(規則様式第1号及び付表)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
添付する書類	申請者の登記事項証明書又は条例等	×	×	×	△	×	△	×	△	×	△	×	△	×	△
	事業所の種別	—	—	—	—	○	○	—	—	—	—	—	—	—	—
	事業所の平面図(参考様式1及び2) ・事業所の位置図、外観及び内部のわかる写真を添付	×	×	×	△	×	△	×	△	×	△	×	△	×	△
	利用者の推定数	—	—	○	○	—	—	○	○	○	○	○	○	○	○
	事業所の管理者及びサービス提供(管理)責任者の経歴書(参考様式3) ※実務経験が必要なサービス提供責任者の場合は実務経験証明書(参考様式4) ○サービス管理責任者で、実務経験等の資格要件がある場合は、以下の書類も必要 ・実務経験証明書(参考様式4) ・サービス管理責任者研修等の修了者の写し ・保有資格を証する資格の写し	×	×	×	△	×	△	×	△	×	△	×	△	×	△
	運営規程	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	利用者又はその家族からの苦情を解決するために講ずる措置の概要(参考様式6)	×	×	×	△	×	△	×	△	×	△	×	△	×	△
添付書類	事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態(別紙2) ・組織体制図、指定居宅介護等の提供に当たる者の免許・資格・研修修了証の写し(介護福祉士登録証等)を添付 ・事業所の勤務時間等が確認できる書類(就業規則等)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	協力医療機関の名称及び診療科名並びに協力医療機関との契約内容	—	—	○	△	×	×	○	△	○	△	○	△	○	△
	法第36条第3項の規定に該当しない旨の誓約書(参考様式8)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	介護保険法に基づく訪問介護事業の指定書の写し	○	○	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	損害賠償発生時の対応方法を明示する書類(国、地方自治体は除く)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	道路運送法上の許可書の写し(通院等の乗降介助を実施する場合)	○	○	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	事業所の賃貸借契約書の写し(事業所を借りている場合)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	主たる対象者を特定する理由等(参考様式7)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	指定を不要とする旨の申出書(重度訪問介護事業のみなし指定が不要な場合)	○	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	建築物関係法令に関する届出書(参考様式9)	—	—	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	社会保険等への加入状況にかかる確認票(別紙1)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	児童福祉法又は介護保険法に基づく指定書の写し	—	—	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	共生型サービス指定に係る確認票	※	※	※	※	※	※	※	※	※	※	※	※	※	※
	共生型の特例による指定を不要とする旨の申出書	※	※	※	※	※	※	※	※	※	※	※	※	※	※

A: 他法のサービスについて、山形県の指定を受けている場合
B: 他法のサービスについて、市町村の指定を受けている場合