

○福岡県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細則

平成十九年五月三十日

福岡県規則第四十九号

〔福岡県障害者自立支援法施行細則〕を制定し、ここに公布する。

福岡県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細則

(平二五規則一五・改称)

(趣旨)

第一条 この規則は、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(平成十七年法律第百二十三号。以下「法」という。)、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令(平成十八年政令第十号。以下「政令」という。)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。以下「省令」という。)に定めるもののほか、指定障がい福祉サービス事業者、指定障がい者支援施設及び指定一般相談支援事業者の指定並びに自立支援医療費の支給に関し必要な事項を定めるものとする。

(平二五規則一五・令元規則四・一部改正)

(指定障がい福祉サービス事業者等の指定等の申請)

第二条 法第三十六条第一項、第三十八条第一項及び第五十一条の十九第一項の規定による指定の申請又は法第四十一条第一項及び第五十一条の二十一第一項の規定による更新の申請は、指定障がい福祉サービス事業所・指定障がい者支援施設・指定一般相談支援事業所指定(更新)申請書(様式第一号)によるものとする。

(平二五規則一五・全改、令元規則四・一部改正)

(特定障がい福祉サービス事業者及び指定障がい者支援施設の指定の変更の申請)

第三条 法第三十七条第一項及び第三十九条第一項の規定による指定の変更の申請は、特定障がい福祉サービス事業所・指定障がい者支援施設変更指定申請書(様式第二号)によるものとする。

(令元規則四・一部改正)

(指定障がい福祉サービス事業者等の変更の届出等)

第四条 法第四十六条第一項及び第三項並びに第五十一条の二十五第一項の規定による変更の届出は、変更届出書(様式第三号)によるものとする。

2 法第四十六条第一項及び第二項並びに第五十一条の二十五第一項及び第二項の規定による事業の廃止、休止又は再開の届出は、廃止・休止・再開届出書(様式第四号)によるものとする。

(平二四規則五四・平二五規則一五・令元規則四・一部改正)

(指定障がい者支援施設の指定の辞退)

第五条 法第四十七条の規定による指定の辞退は、指定辞退届出書(様式第五号)によるものとする。

(令元規則四・一部改正)

(公示)

第六条 法第五十一条及び第五十一条の三十の規定による公示は、次の各号に掲げる事項について行うものとする。

- 一 指定、事業の廃止又は指定の取消し(以下この条において「指定等」という。)に係る事業所又は施設の名称及び所在地
- 二 指定等に係る事業者又は施設の設置者の名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名
- 三 指定等又は指定の辞退の年月日
- 四 指定等に係るサービスの種類
- 五 指定等に係る事業所又は施設の事業所番号

(平二五規則一五・一部改正)

(障がい福祉サービス事業等の開始等の届出)

第七条 法第七十九条第二項及び第三項の規定による届出は、障がい福祉サービス事業等開始・変更届(様式第六号)によるものとする。

2 法第七十九条第四項の規定による届出は、障がい福祉サービス事業等廃止・休止届(様式第七号)によるものとする。

(令元規則四・一部改正)

(業務管理体制の届出)

第七条の二 法第五十一条の二第二項及び法第五十一条の三十一第二項の規定による届出並びに法第五十一条の二第四項及び法第五十一条の三十一第四項の規定による区分の変更の届出は、業務管理体制に係る届出書(様式第七号の二)によるものとする。

2 法第五十一条の二第三項及び法第五十一条の三十一第三項の規定による届出事項の変更の届出は、業務管理体制に係る届出事項変更届出書(様式第七号の三)によるものとする。

3 知事は、前二項に規定する届出に関し、国、市町村に対して、情報を提供することができる。

(平二四規則五四・追加、平二五規則一五・一部改正)

(自立支援医療費の支給認定の申請等)

第八条 法第五十三条第一項の規定による申請(精神通院医療(政令第一条の二第三号に規定する精神通院医療をいう。以下同じ。))に係るものに限る。)は、自立支援医療費(精神通院医療)支給認定申請書(様式第九号)によるものとする。

2 省令第三十五条第二項第一号の医師の意見書又は診断書は、「重度かつ継続」に関する意見書(追加用)(様式第十一号)又は診断書(自立支援医療(精神通院医療)用)(様式第十二号)によるものとする。

3 前二項の規定は法第五十六条第一項の規定による支給認定の変更の申請について準用する。

(平二五規則一五・一部改正)

(自立支援医療受給者証の交付)

第九条 精神保健福祉センター所長は、精神通院医療に係る前条第一項の規定による申請があった場合には、その内容を審査し、適当であると認めるときは自立支援医療受給者証(精神通院医療)(様式第十六号)を申請者に交付し、適当と認められないときは却下決定通知書(精神通院医療)(様式第十八号)を申請者に送付しなければならない。

(平二五規則一五・平二七規則二二・一部改正)

(申請内容の変更の届出)

第十条 政令第三十二条の規定による変更の届出は、自立支援医療受給者証等記載事項変更届(精神通院医療)(様式第二十号)によるものとする。

(平二五規則一五・一部改正)

(自立支援医療に係る書類の経由)

第十一条 この規則による精神通院医療に係る書類は、医療の支給認定を受けようとする障がい者又は障がい児の保護者の居住地の市町村を經由して精神保健福祉センター所長に提出するものとする。

(平二一規則三九・平二五規則一五・令元規則四・一部改正)

(指定自立支援医療機関の指定の申請等)

第十二条 法第五十九条第一項の規定による指定の申請又は法第六十条第一項の規定による指定の更新申請は、次の表の上欄に掲げる申請者が行う同表の中欄に掲げる指定自立支援医療機関の区分に応じ、それぞれ同表の下欄に定める様式によるものとする。

申請者の区分	指定自立支援医療機関の区分	様式
病院又は診療所	育成医療(政令第一条の二第一号に規定する育成医療をいう。以下同じ。)及び更生医療	様式第二十一号
	精神通院医療	様式第二十二号
薬局	育成医療及び更生医療	様式第二十三号
	精神通院医療	様式第二十四号
指定訪問看護事業者等	育成医療及び更生医療	様式第二十五号
	精神通院医療	様式第二十六号

2 法第五十九条の規定により育成医療又は更生医療を担当する指定自立支援医療機関として指定された医療機関が、担当する医療の種類を変更しようとするときは、次の表の上欄に掲げる申請者の区分に応じ、それぞれ同表の下表の下欄に定める様式により申請するものとする。

申請者の区分	様式
病院又は診療所	様式第二十一号
薬局	様式第二十三号
指定訪問看護事業者等	様式第二十五号

(平二五規則一五・一部改正)

(指定自立支援医療機関の変更の届出)

第十三条 省令第六十二条の規定による変更の届出は、次の表の上欄に掲げる申請者が行う同表の中欄に掲げる指定自立支援医療機関の区分に応じ、それぞれ同表の下欄に定める様式によるものとする。

申請者の区分	指定自立支援医療機関の区分	様式
病院又は診療所	育成医療及び更生医療	様式第二十七号
	精神通院医療	様式第二十八号
薬局	育成医療及び更生医療	様式第二十九号
	精神通院医療	様式第三十号
指定訪問看護事業者等	育成医療及び更生医療	様式第三十一号
	精神通院医療	様式第三十二号

第十四条 省令第六十四条の規定による指定の辞退の申出は、育成医療又は更生医療に係る申出にあっては指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)辞退届(様式第三十三号)によるものとし、精神通院医療に係る申請にあっては指定自立支援医療機関(精神通院医療)辞退届(様式第三十四号)によるものとする。

(公示)

第十五条 法第六十九条の規定による公示は、次の各号に掲げる事項について行うものとする。

- 一 指定に係る医療機関の名称及び所在地
- 二 指定、指定の辞退又は指定の取消しの年月日
- 三 指定に係る自立支援医療の種類

(指定自立支援医療機関台帳)

第十六条 知事は、指定自立支援医療機関を指定したときは、次の表の上欄に掲げる医療機関が行う同表の中欄に掲げる指定自立支援医療機関の区分に応じ、それぞれ同表下欄に定める様式を備え、必要な事項を記載するものとする。

医療機関の区分	指定自立支援医療機関の区分	様式
病院又は診療所	育成医療及び更生医療	様式第三十五号
	精神通院医療	様式第三十六号
薬局	育成医療及び更生医療	様式第三十七号
	精神通院医療	様式第三十八号
指定訪問看護事業者等	育成医療及び更生医療	様式第三十九号
	精神通院医療	様式第四十号

(雑則)

第十七条 この規則に定めるもののほか、必要な事項は知事が別に定めるものとする。

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
(福岡県知的障害者福祉法施行細則の廃止)
- 2 福岡県知的障害者福祉法施行細則(昭和三十八年福岡県規則第十号)は、廃止する。

附 則(平成二一年規則第三九号)抄

(施行期日)

1 この規則は、平成二十一年十月一日から施行する。

附 則(平成二一年規則第四九号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成二二年規則第二二号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成二三年規則第三号)

この規則は、平成二十三年四月一日から施行する。

附 則(平成二三年規則第三三号)

この規則は、平成二十三年十月一日から施行する。

附 則(平成二四年規則第五四号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成二五年規則第一五号)

この規則は、平成二十五年四月一日から施行する。

附 則(平成二六年規則第三二号)

この規則は、平成二十六年四月一日から施行する。

附 則(平成二七年規則第六号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成二七年規則第二二号)

(施行期日)

1 この規則は、平成二十七年四月一日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行の際現に交付されているこの規則による改正前の様式による自立支援医療受給者証(精神通院医療)及び自立支援医療(精神通院医療)自己負担上限額管理票(以下「自立支援医療受給者証等」という。)は、当該自立支援医療受給者証等の有効期間の満了する日までの間は、この規則による改正後の様式による自立支援医療受給者証等とみなす。

附 則(平成二七年規則第六七号)

(施行期日)

1 この規則は、平成二十八年一月一日から施行する。ただし、様式第十六号及び様式第十八号の改正規定は、平成二十八年四月一日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行の際現に交付されているこの規則による改正前の様式による自立支援医療受給者証(精神通院医療)は、当該自立支援医療受給者証(精神通院医療)の有効期間の満了する日までの間は、この規則による改正後の様式による自立支援医療受給者証(精神通院医療)とみなす。

附 則(令和元年規則第四号)

(施行期日)

1 この規則は、公布の日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行の際現にある旧様式による用紙は、当分の間、なお所要の修正をして使用することができる。

附 則(令和二年規則第四八号)

(施行期日)

1 この規則は、令和二年七月一日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行の際現にある旧様式による用紙は、当分の間、なお所要の修正をして使用することができる。

3 この規則の施行の際現に交付されているこの規則による改正前の様式による自立支援医療受給者証(精神通院医療)は、当該自立支援医療受給者証(精神通院医療)の有効期間の満了する日までの間は、この規則による改正後の様式による自立支援医療受給者証(精神通院医療)とみなす。

附 則(令和三年規則第二六号)

この規則は、公布の日から施行する。

様式目次

(平二一規則四九・平二二規則二二・平二三規則三・平二三規則三三・平二四規則五四・平二五規則一五・平二六規則三二・平二七規則二二・平二七規則六七・令元規則四・一部改正)

<u>様式第一号</u>	指定障がい福祉サービス事業所・指定障がい者支援施設・指定一般相談支援事業所指定(更新)申請書	<u>第二条</u>
別紙	他の法律において既に指定を受けている事業等について	<u>第二条</u>
付表一	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	<u>第二条</u>
付表一一二	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	<u>第二条</u>
付表二	療養介護事業所の指定に係る記載事項	<u>第二条</u>
付表三	生活介護事業所の指定に係る記載事項	<u>第二条</u>
付表三一二	一体的に実施する従たる事業所の指定に係る記載事項	<u>第二条</u>
付表四	削除	
付表五	短期入所事業所の指定に係る記載事項	<u>第二条</u>
付表六	重度障がい者等包括支援事業所の指定に係る記載事項	<u>第二条</u>
付表七	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一・その二・その三	<u>第二条</u>
付表七一二	共同生活援助事業所(地域移行支援型ホーム)の指定に係る記載事項その一・その二・その三	<u>第二条</u>
付表七一三	削除	
付表八	障がい者支援施設の指定に係る記載事項	<u>第二条</u>
付表八一二	昼間実施サービス及び施設入所支援に係る記載事項	<u>第二条</u>
付表八一三	従業員の職種・員数に係る記載事項	<u>第二条</u>
付表九	自立訓練(機能訓練)事業所の指定に係る記載事項	<u>第二条</u>
付表九一二	一体的に実施する従たる事業所の指定に係る記載事項	<u>第二条</u>
付表十	自立訓練(生活訓練)事業所の指定に係る記載事項	<u>第二条</u>
付表十一二	一体的に実施する従たる事業所の指定に係る記載事項	<u>第二条</u>
付表十一	就労移行支援事業の指定に係る記載事項	<u>第二条</u>
付表十一一二	一体的に実施する従たる事業所の指定に係る記載事項	<u>第二条</u>
付表十二	就労継続支援事業の指定に係る記載事項	<u>第二条</u>
付表十二一二	一体的に実施する従たる事業所の指定に係る記載事項	<u>第二条</u>
付表十三	就労定着支援事業所の指定に係る記載事項	<u>第二条</u>
付表十三一二	一般就労移行実績	<u>第二条</u>
付表十四	自立生活援助事業所の指定に係る記載事項	<u>第二条</u>
付表十五	指定障がい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)その一・その二	<u>第二条</u>
付表十六	指定一般相談支援事業所の指定に係る記載事項	<u>第二条</u>
付表十六一二	他の事業所又は施設の従業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	<u>第二条</u>
付表十七	介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書その一・その二	<u>第二条</u>
別紙一	介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表その一・その二・その三	<u>第二条</u>
別紙二	従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表	<u>第二条</u>
別紙二一二	従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表(障がい者支援施設)その一・その二・その三	<u>第二条</u>
別紙三	視覚障がい者又は聴覚言語障がい者の状況	<u>第二条</u>
別紙四	重度障がい者の状況	<u>第二条</u>

別紙四一二	重度障がい者支援加算(Ⅱ)に関する届出書	<u>第二条</u>
別紙五	障害基礎年金一級を受給する利用者の状況(重度者支援体制加算に係る届出書)	<u>第二条</u>
別紙六	就労移行支援体制加算に関する届出書	<u>第二条</u>
別紙七	食事提供に係る体制	<u>第二条</u>
別紙八	短期滞在及び精神障がい者退院支援施設に係る体制	<u>第二条</u>
別紙九	共同生活援助の重度障がい者支援加算に係る届出書	<u>第二条</u>
別紙九付表	削除	
別紙十	削除	
別紙十一	夜間支援等体制加算届出書	<u>第二条</u>
別紙十二	削除	
別紙十三	削除	
別紙十四	削除	
別紙十五	特定事業所加算に係る届出書その一・その二・その三・その四	<u>第二条</u>
別紙十六	人員配置体制加算に関する届出書	<u>第二条</u>
別紙十六一二	人員配置体制加算に関する届出書	<u>第二条</u>
別紙十七	福祉専門職員配置等加算に関する届出書	<u>第二条</u>
別紙十七一二	福祉専門職員配置等加算に関する届出書(共生型短期入所)	<u>第二条</u>
別紙十八	栄養士配置加算及び栄養マネジメント加算に関する届出書	<u>第二条</u>
別紙十九	夜勤職員配置体制加算に関する届出書	<u>第二条</u>
別紙二十	夜間看護体制加算に関する届出書	<u>第二条</u>
別紙二十一	地域移行支援体制強化加算及び通勤者生活支援加算に係る体制(宿泊型自立訓練事業所)	<u>第二条</u>
別紙二十二	削除	
別紙二十二一二	夜間支援等体制加算届出書(宿泊型自立訓練事業所)	<u>第二条</u>
別紙二十三	実務経験及び研修証明書	<u>第二条</u>
別紙二十四	目標工賃達成指導員対象施設の配置状況	<u>第二条</u>
別紙二十五	削除	
別紙二十六	延長支援加算体制届出書	<u>第二条</u>
別紙二十七	送迎加算に関する届出書	<u>第二条</u>
別紙二十八	削除	
別紙二十九	通勤者生活支援加算に係る体制(共同生活援助事業所)	<u>第二条</u>
別紙三十	看護職員配置加算に係る届出書	<u>第二条</u>
別紙三十一一二	看護職員配置加算に係る届出書(共同生活援助)	<u>第二条</u>
別紙三十一	施設外支援実施状況(移行準備支援体制加算(Ⅰ)に係る届出書)	<u>第二条</u>
別紙三十二	地域生活移行個別支援特別加算に係る届出書	<u>第二条</u>
別紙三十三	医療連携体制加算(V)に関する届出書	<u>第二条</u>
別紙三十四	重度障がい者支援加算に関する届出書(短期入所)	<u>第二条</u>
別紙三十五	重度障がい者支援加算に関する届出書(生活介護)	<u>第二条</u>
別紙三十六	個別計画訓練支援加算に係る届出書	<u>第二条</u>
別紙三十七	就労移行支援に係る基本報酬の算定区分に関する届出書	<u>第二条</u>
別紙三十八	就労継続支援A型に係る基本報酬の算定区分に関する届出書	<u>第二条</u>
別紙三十九	賃金向上達成指導員配置加算に関する届出書	<u>第二条</u>
別紙四十	就労継続支援B型に係る基本報酬の算定区分に関する届出書	<u>第二条</u>
別紙四十一	就労定着支援に係る基本報酬の算定区分に関する届出書	<u>第二条</u>

別紙四十二	就労定着実績体制加算に関する届出書	<u>第二条</u>
別紙四十三	精神障がい者地域移行特別加算に関する届出書	<u>第二条</u>
別紙四十四	強度行動障がい者地域移行特別加算に係る届出書	<u>第二条</u>
別紙四十五	社会生活支援特別加算に係る届出書	<u>第二条</u>
別紙四十六	夜勤職員加配加算に関する届出書	<u>第二条</u>
別紙四十七	サービス管理責任者配置等加算に関する届出書(生活介護・自立訓練(機能訓練)・自立訓練(生活訓練))	<u>第二条</u>
<u>様式第二号</u>	特定障がい福祉サービス事業所・指定障がい者支援施設変更指定申請書	<u>第三条</u>
<u>様式第三号</u>	変更届出書	<u>第四条第一項</u>
<u>様式第四号</u>	廃止・休止・再開届出書	<u>第四条第二項</u>
<u>様式第五号</u>	指定辞退届出書	<u>第五条</u>
<u>様式第六号</u>	障がい福祉サービス事業等開始・変更届	<u>第七条第一項</u>
<u>様式第七号</u>	障がい福祉サービス事業等廃止・休止届	<u>第七条第二項</u>
<u>様式第七号の二</u>	業務管理体制に係る届出書	<u>第七条の二第一項</u>
<u>様式第七号の三</u>	業務管理体制に係る届出事項変更届出書	<u>第七条の二第二項</u>
<u>様式第八号</u>	削除	
<u>様式第九号</u>	自立支援医療費(精神通院医療)支給認定申請書	<u>第八条第一項</u>
<u>様式第十号</u>	削除	
<u>様式第十一号</u>	「重度かつ継続」に関する意見書(追加用)	<u>第八条第二項</u>
<u>様式第十二号</u>	診断書(自立支援医療(精神通院医療)用)	<u>第八条第二項</u>
<u>様式第十三号から</u> <u>様式第十五号</u> まで	削除	
<u>様式第十六号</u>	自立支援医療受給者証(精神通院医療)	<u>第九条</u>
付表	自立支援医療(精神通院医療)自己負担上限額管理票	<u>第九条</u>
<u>様式第十七号</u>	削除	
<u>様式第十八号</u>	却下決定通知書(精神通院医療)	<u>第九条</u>
<u>様式第十九号</u>	削除	
<u>様式第二十号</u>	自立支援医療受給者証等記載事項変更届(精神通院医療)	<u>第十条</u>
<u>様式第二十一号</u>	指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)〔指定(変更)・指定更新〕申請書(病院又は診療所)	<u>第十二条</u>
別紙一	経歴書(病院又は診療所用)	<u>第十二条</u>
別紙二	自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要	<u>第十二条</u>
別紙三	研究内容に関する証明書	<u>第十二条</u>
別紙四	人工透析に関する専門研修・臨床実績証明書	<u>第十二条</u>
別紙五	中心静脈栄養法等に関する臨床実績証明書	<u>第十二条</u>
別紙六	心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書(主たる医師)	<u>第十二条</u>
別紙七	心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書(連携機関の医師)	<u>第十二条</u>
別紙八	肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書(主たる医師)	<u>第十二条</u>
別紙九	肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書(連携機関の医師)	<u>第十二条</u>
<u>様式第二十二号</u>	指定自立支援医療機関(精神通院医療)〔指定・指定更新〕申請書(病院又は診療所)	<u>第十二条</u>
別紙	経歴書(医師)	<u>第十二条</u>
<u>様式第二十三号</u>	指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)〔指定(変更)・指定更新〕申請書(薬局)	<u>第十二条</u>
別紙一	経歴書(薬局用)	<u>第十二条</u>

別紙二	調剤のために必要な設備及び施設の概要	<u>第十二条</u>
<u>様式第二十四号</u>	指定自立支援医療機関(精神通院医療)〔指定・指定更新〕申請書(薬局)	<u>第十二条</u>
別紙	経歴書(薬剤師)	<u>第十二条</u>
<u>様式第二十五号</u>	指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)〔指定(変更)・指定更新〕申請書(指定訪問看護事業者等)	<u>第十二条</u>
別紙	訪問看護ステーション等において指定訪問看護若しくは指定老人訪問看護又は指定居宅サービス(介護保険法第八条第四項に規定する訪問看護に限る。)に従事する職員の定数	<u>第十二条</u>
<u>様式第二十六号</u>	指定自立支援医療機関(精神通院医療)〔指定・指定更新〕申請書(指定訪問看護事業者等)	<u>第十二条</u>
別紙	訪問看護ステーション等において指定訪問看護若しくは指定老人訪問看護又は指定居宅サービス(介護保険法第八条第四項に規定する訪問看護に限る。)に従事する職員の定数	<u>第十二条</u>
<u>様式第二十七号</u>	指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)指定変更届出書(病院又は診療所)	<u>第十三条</u>
別紙一	経歴書(病院又は診療所用)	<u>第十三条</u>
別紙二	自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要	<u>第十三条</u>
別紙三	研究内容に関する証明書	<u>第十三条</u>
別紙四	人工透析に関する専門研修・臨床実績証明書	<u>第十三条</u>
別紙五	中心静脈栄養法等に関する臨床実績証明書	<u>第十三条</u>
別紙六	心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書(主たる医師)	<u>第十三条</u>
別紙七	心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書(連携機関の医師)	<u>第十三条</u>
別紙八	肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書(主たる医師)	<u>第十三条</u>
別紙九	肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書(連携機関の医師)	<u>第十三条</u>
<u>様式第二十八号</u>	指定自立支援医療機関(精神通院医療)指定変更届出書(病院又は診療所)	<u>第十三条</u>
別紙	経歴書(医師)	<u>第十三条</u>
<u>様式第二十九号</u>	指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)指定変更届出書(薬局)	<u>第十三条</u>
別紙一	経歴書(薬局用)	<u>第十三条</u>
別紙二	調剤のために必要な設備及び施設の概要	<u>第十三条</u>
<u>様式第三十号</u>	指定自立支援医療機関(精神通院医療)指定変更届出書(薬局)	<u>第十三条</u>
別紙	経歴書(薬剤師)	<u>第十三条</u>
<u>様式第三十一号</u>	指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)指定変更届出書(指定訪問看護事業者等)	<u>第十三条</u>
別紙	訪問看護ステーション等において指定訪問看護若しくは指定老人訪問看護又は指定居宅サービス(介護保険法第七条第八項に規定する訪問看護に限る。)に従事する職員の定数	<u>第十三条</u>
<u>様式第三十二号</u>	指定自立支援医療機関(精神通院医療)指定変更届出書(指定訪問看護事業者等)	<u>第十三条</u>
別紙	訪問看護ステーション等において指定訪問看護若しくは指定老人訪問看護又は指定居宅サービス(介護保険法第八条第四項に規定する訪問看護に限る。)に従事する職員の定数	<u>第十三条</u>
<u>様式第三十三号</u>	指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)辞退届	<u>第十四条</u>

<u>様式第三十四号</u>	指定自立支援医療機関(精神通院医療) 辞退届	<u>第十四条</u>
<u>様式第三十五号</u>	指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療) 台帳(病院又は診療所)	<u>第十六条</u>
<u>様式第三十六号</u>	指定自立支援医療機関(精神通院医療) 台帳〔病院又は診療所〕	<u>第十六条</u>
<u>様式第三十七号</u>	指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療) 台帳(薬局)	<u>第十六条</u>
<u>様式第三十八号</u>	指定自立支援医療機関(精神通院医療) 台帳〔薬局〕	<u>第十六条</u>
<u>様式第三十九号</u>	指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療) 台帳(訪問看護)	<u>第十六条</u>
<u>様式第四十号</u>	指定自立支援医療機関(精神通院医療) 台帳〔訪問看護〕	<u>第十六条</u>

様式第1号(第2条関係)

(平21規則49・平22規則22・平23規則33・平25規則15・平26規則32・平27規則6・平27規則67・令元規則4・令3規則26・一部改正)

受付番号

指定障がい福祉サービス事業所
 指定障がい者支援施設 指定(更新)申請書
 指定一般相談支援事業所

年 月 日

福岡県知事 殿

申請者 所在地
 (設置者) 名称
 代表者

(記名押印又は署名)

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に規定する指定障害福祉サービス事業所・指定障害者支援施設・指定一般相談支援事業所に係る指定(更新)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。

事業所(施設)所在地市町村番号

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 ー) 県 郡・市					
	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 ー) 県 郡・市						
指定(更新)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 ー) 県 郡・市					
	同一所在地において行う事業等の種類		実施事業	指定申請をする事業等の事業開始予定年月日	様式	実施事業	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
	サービス事業所	指定障がい福祉						別紙のとおり
								別紙のとおり
								別紙のとおり
								別紙のとおり
								別紙のとおり
								別紙のとおり
指定障がい者支援施設							別紙のとおり	
指定一般相談支援事業所(地域移行支援)				付表16			別紙のとおり	
指定一般相談支援事業所(地域定着支援)				付表16			別紙のとおり	
〇〇事業所番号		同一の法律において既に指定を受けている場合				事業所名		

記入担当者名

連絡先

(備考)

- 「受付番号」「事業所(施設)所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 「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」「有限会社」等の別を記載してください。
- 「法人所轄庁」欄には、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 「同一所在地において行う事業等の種類」欄には、今回申請をするもの及び既に指定を受けているものについて事業の種類を記載し、該当する欄には「〇」を記載してください。
- 「〇〇事業所番号」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。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1-2 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

受付番号

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 <input type="text"/>) <input type="text"/> 県 <input type="text"/> 郡・市			
	連絡先	電話番号	<input type="text"/>	FAX番号	<input type="text"/>
		電子メール	<input type="text"/>		
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・身体障がい者・知的障がい者・障がい児・精神障がい者・難病等対象者			
	重度訪問介護	特定無し・身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者・難病等対象者・加算対象者以外			
	同行援護	特定無し・身体障がい者・障がい児・難病等対象者			
	行動援護	特定無し・知的障がい者・障がい児・精神障がい者・難病等対象者			
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)	<input type="text"/>	担当者	<input type="text"/>
	その他	<input type="text"/>			
一体的に管理運営を行う他の事業所					
添付書類	別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、管理者及びサービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書、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. 「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業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. 「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。
5. 「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2 療養介護事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 <input type="text"/>) 県 <input type="text"/> 郡・市 <input type="text"/>							
	連絡先	電話番号	<input type="text"/>				FAX番号	<input type="text"/>	
管理者	フリガナ					住所	(郵便番号 <input type="text"/>) 県 <input type="text"/> 郡・市 <input type="text"/>		
	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 <input type="text"/>)		
	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 <input type="text"/> ② <input type="text"/>)							
基準上の必要定員									
設置部分		多目的室(ダイルーム) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>							
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		別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、管理者及びサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書、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、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、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等)							

(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業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15を併せて提出してください。

受付番号

施設	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					
管理者	フリガナ												
	氏名				住所	(郵便番号)		県 郡・市					
	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 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												
サービス管理責任者	フリガナ				住所	(郵便番号)		県 郡・市					
従業員	従業員数		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	専従	※兼務	
	従業員数	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	専従	※兼務	
	従業員数	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)		施設が申告する障がい支援区分の平均値											
		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										
			網膜無し	肢体不自由	視覚障がい	聴覚・言語	内部障がい						
			知的障がい者 精神障がい者 難病等対象者										
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								
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	別紙のとおり(登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、管理者及びサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書、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、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分かるもの、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第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書 等)												

(備考)

- 「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。
- 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紙に記載した書類を添付してください。
- 「看護職員」とは保健師、看護師、准看護師のことをいいます。
- 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。
- 「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。
- 「※兼務」欄は、施設内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。
- 「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。
- 共生型生活介護の申請の場合、以下の書類の提出を省略することができます。
 - 登記事項証明書又は条例等
 - 事業所平面図
 - 管理者及びサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書
 - 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
 - 協力医療機関との契約内容が分かるもの

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15を併せて提出してください。

受付番号

施設	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 —) 県 市 郡・市									
連絡先	電話番号					FAX番号					
	電子メール										
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)	施設が申告する障がい支援区分の平均値			
	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			
(人)	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
	知的障がい者 精神障がい者 難病等対象者			
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	別紙のとおり(登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、サービス管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書、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、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分かるもの、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第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書 等)
------	---

(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業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、准看護師のことをいいます。
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. 「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。

付表A 別紙

付表5 短期入所事業所の指定に係る記載事項

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			
管理者	フリガナ												
	氏 名	住 所 (郵便番号 —) 県 郡・市											
	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											
事業所の種別	併設型・空床型・単独型	併設型又は単 独型の場合		利用定員数(人)		前年度の平均入所者数(人)							
併設(本体)施設 施設種別等	名称												
併設(本体)施設 単独型事業所の居室		1室の最大定員(人)				併設(本体)施設の入所者の定員(人)				入所者1人あたりの最小床面積 ㎡			
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	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	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)	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	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	専従 ※兼務		
	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)	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	専従 ※兼務	専従 ※兼務	専従 ※兼務		
	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・身体障がい者・知的障がい者・障がい児・精神障がい者・難病等対象者											
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		別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、事業所の平面図及び概要、管理者の氏名、生年月日、住所 及び経歴書、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、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分かるもの、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第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書 等)											

(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。
- 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。
- 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。
- 「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。
- 「※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。
- 「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。
- 共生型短期入所の申請の場合、以下の書類の提出を省略することができます。
 - 登記事項証明書又は条例等
 - 事業所の平面図及び概要
 - 管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴書
 - 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
 - 協力医療機関との契約の内容が分かるもの

付表6 重度障がい者等包括支援事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 ー) 県 郡・市				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 ー) 県 郡・市	
	氏名			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			住所	(郵便番号 ー)	
	氏名					
事業所の体制						
他に指定を受けている障がい福祉サービス等		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		別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、管理者及びサービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書、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、勤務体制・形能一覧表、設備・備品等一覧表、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 等)				

(備考)

- 「受付番号」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業に記載した書類を添付してください。
- 「他に指定を受けている障がい福祉サービス等」欄には、重度障がい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。
- 第三者に委託して障がい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。
- 「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。
- 「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がい者を対象とする場合は「Ⅰ類型」、最重度知的障がい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。
- 「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。
- 「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。
- 「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。

受付番号

主たる事業所	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					
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(月 時間)・無し						
	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)・無し						
	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 —) 県 郡・市					
	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				
利用定員数										
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		世話人		生活支援員				
		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)										
障がい者支援施設等との連携体制等		連携施設の種類・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		別添のとおり(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、管理者及びサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書、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、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、協力医療機関及び協力歯科医療機関との契約内容が分かるもの、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第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書等)、受託居宅介護サービス事業者との委託契約書(外部サービス利用型の場合)、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(日中サービス支援型の場合)								

(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業に記載した書類を添付してください。
3. 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います。

(付表7)その2

共同生活住居①	フリガナ			
	名 称			
	所在地	(郵便番号 ー) 県 郡・市		
	連絡先	電話番号		FAX番号
	グループホームに供する建物形態			
	①住居区分：一戸建て、アパート、マンション、その他()			
	②建物所有者名：			
	③賃貸借契約の内容： ア 敷金 イ 礼金 ウ 家賃(月額) エ 契約期間 オ 賃貸料がない理由			
	④住居の利用定員数 人			
	⑤居室数 室(うち個室 室)			
	⑥入居者1人当たりの居室の最小床面積 m ²			
	サテライト型住居の設置	有・無	所在地	
	主たる対象者 特定無し・身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者・難病等対象者			
利用料				
その他の費用				
共同生活住居②	フリガナ			
	名 称			
	所在地	(郵便番号 ー) 県 郡・市		
	連絡先	電話番号		FAX番号
	グループホームに供する建物形態			
	①住居区分：一戸建て、アパート、マンション、その他()			
	②建物所有者名：			
	③賃貸借契約の内容： ア 敷金 イ 礼金 ウ 家賃(月額) エ 契約期間 オ 賃貸料がない理由			
	④住居の利用定員数 人			
	⑤居室数 室(うち個室 室)			
	⑥入居者1人当たりの居室の最小床面積 m ²			
	サテライト型住居の設置	有・無	所在地	
	主たる対象者 特定無し・身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者・難病等対象者			
利用料				
その他の費用				
共同生活住居③	フリガナ			
	名 称			
	所在地	(郵便番号 ー) 県 郡・市		
	連絡先	電話番号		FAX番号
	グループホームに供する建物形態			
	①住居区分：一戸建て、アパート、マンション、その他()			
	②建物所有者名：			
	③賃貸借契約の内容： ア 敷金 イ 礼金 ウ 家賃(月額) エ 契約期間 オ 賃貸料がない理由			
	④住居の利用定員数 人			
	⑤居室数 室(うち個室 室)			
	⑥入居者1人当たりの居室の最小床面積 m ²			
	サテライト型住居の設置	有・無	所在地	
	主たる対象者 特定無し・身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者・難病等対象者			
利用料				
その他の費用				

(付表7) その3

サテライト型住居①	フリガナ			
	名 称			
	所在地	(郵便番号 ー) 県 郡・市		
	連絡先	電話番号		FAX番号
	サテライト型住居に供する建物形態			
	①住居区分：一戸建て、アパート、マンション、その他()			
	②建物所有者名：			
	③賃貸借契約の内容： ア 敷金 イ 礼金 ウ 家賃(月額) エ 契約期間 オ 賃貸料がない理由			
	④住居の利用定員数 人			
	⑤居室数 室(うち個室 室)			
	⑥入居者1人当たりの居室の最小床面積 m^2			
	本体住居の名称			
	本体住居との距離 m			
	主たる対象者 特定無し・身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者・難病等対象者			
利用料				
その他の費用				
サテライト型住居②	フリガナ			
	名 称			
	所在地	(郵便番号 ー) 県 郡・市		
	連絡先	電話番号		FAX番号
	サテライト型住居に供する建物形態			
	①住居区分：一戸建て、アパート、マンション、その他()			
	②建物所有者名：			
	③賃貸借契約の内容： ア 敷金 イ 礼金 ウ 家賃(月額) エ 契約期間 オ 賃貸料がない理由			
	④住居の利用定員数 人			
	⑤居室数 室(うち個室 室)			
	⑥入居者1人当たりの居室の最小床面積 m^2			
	本体住居の名称			
	本体住居との距離 m			
	主たる対象者 特定無し・身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者・難病等対象者			
利用料				
その他の費用				
サテライト型住居③	フリガナ			
	名 称			
	所在地	(郵便番号 ー) 県 郡・市		
	連絡先	電話番号		FAX番号
	サテライト型住居に供する建物形態			
	①住居区分：一戸建て、アパート、マンション、その他()			
	②建物所有者名：			
	③賃貸借契約の内容： ア 敷金 イ 礼金 ウ 家賃(月額) エ 契約期間 オ 賃貸料がない理由			
	④住居の利用定員数 人			
	⑤居室数 室(うち個室 室)			
	⑥入居者1人当たりの居室の最小床面積 m^2			
	本体住居の名称			
	本体住居との距離 m			
	主たる対象者 特定無し・身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者・難病等対象者			
利用料				
その他の費用				

付表7-2 共同生活援助事業者(地域移行支援型ホーム)の指定に係る記載事項 その1

		受付番号		
主たる事業所	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 —) 県 郡・市		
	連絡先	電話番号 電子メール	FAX番号	
管理者	フリガナ	住所	(郵便番号 —) 県 郡・市	
	氏名			
	他の事業所、施設又は医療機関の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)	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	
利用定員数				
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		世話人	生活支援員
	専従		専従	専従
	兼務		兼務	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)			
同一敷地内にある入所施設又は病院の名称及び所在地				
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(月 時間)・無し		
	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		
障がい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			
一体的に管理運営する他の事業所				
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	別紙のとおり(登記事項証明書又は条例等、建物の構造概要及び平面図、管理者及びサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書、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、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、協力医療機関及び協力歯科医療機関との契約内容が分かるもの、入所定員又は精神病院の精神病床数の減少計画書、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第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書、受託居宅介護サービス事業者との委託契約書(外部サービス利用型の場合)等)			

(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紙に記載した書類を添付してください。
3. 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います。

(付表7-2)その2

共同生活住居①	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
	地域移行型ホームに供する建物形態			
	①住居区分：一戸建て、アパート、マンション、その他()			
	②建物所有者名：			
	③賃貸借契約の内容： ア 敷金 イ 礼金 ウ 家賃(月額) エ 契約期間 オ 賃貸料がない理由			
	④住居の利用定員数 人			
	⑤居室数 室(うち個室 室)			
	⑥入居者1人当たりの居室の最小床面積 m^2			
	サテライト型住居の設置	有・無	所在地	
	主たる対象者 特定無し・身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者・難病等対象者			
利用料				
その他の費用				
共同生活住居②	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
	地域移行型ホームに供する建物形態			
	①住居区分：一戸建て、アパート、マンション、その他()			
	②建物所有者名：			
	③賃貸借契約の内容： ア 敷金 イ 礼金 ウ 家賃(月額) エ 契約期間 オ 賃貸料がない理由			
	④住居の利用定員数 人			
	⑤居室数 室(うち個室 室)			
	⑥入居者1人当たりの居室の最小床面積 m^2			
	サテライト型住居の設置	有・無	所在地	
	主たる対象者 特定無し・身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者・難病等対象者			
利用料				
その他の費用				
共同生活住居③	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
	地域移行型ホームに供する建物形態			
	①住居区分：一戸建て、アパート、マンション、その他()			
	②建物所有者名：			
	③賃貸借契約の内容： ア 敷金 イ 礼金 ウ 家賃(月額) エ 契約期間 オ 賃貸料がない理由			
	④住居の利用定員数 人			
	⑤居室数 室(うち個室 室)			
	⑥入居者1人当たりの居室の最小床面積 m^2			
	サテライト型住居の設置	有・無	所在地	
	主たる対象者 特定無し・身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者・難病等対象者			
利用料				
その他の費用				

(付表7-2) その3

サテライト型住居①	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
	サテライト型住居に供する建物形態			
	①住居区分：一戸建て、アパート、マンション、その他()			
	②建物所有者名：			
	③賃貸借契約の内容： ア 敷金 イ 礼金 ウ 家賃(月額) エ 契約期間 オ 賃貸料がない理由			
	④住居の利用定員数 人			
	⑤入居者1人当たりの居室の最小床面積 m ²			
	本体住居の名称			
	本体住居との距離 m			
	利用者が本体住居への連絡に使用する通信機器			
	主たる対象者 特定無し・身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者・難病等対象者			
利用料				
その他の費用				
サテライト型住居②	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
	サテライト型住居に供する建物形態			
	①住居区分：一戸建て、アパート、マンション、その他()			
	②建物所有者名：			
	③賃貸借契約の内容： ア 敷金 イ 礼金 ウ 家賃(月額) エ 契約期間 オ 賃貸料がない理由			
	④住居の利用定員数 人			
	⑤入居者1人当たりの居室の最小床面積 m ²			
	本体住居の名称			
	本体住居との距離 m			
	利用者が本体住居への連絡に使用する通信機器			
	主たる対象者 特定無し・身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者・難病等対象者			
利用料				
その他の費用				
サテライト型住居③	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
	サテライト型住居に供する建物形態			
	①住居区分：一戸建て、アパート、マンション、その他()			
	②建物所有者名：			
	③賃貸借契約の内容： ア 敷金 イ 礼金 ウ 家賃(月額) エ 契約期間 オ 賃貸料がない理由			
	④住居の利用定員数 人			
	⑤入居者1人当たりの居室の最小床面積 m ²			
	本体住居の名称			
	本体住居との距離 m			
	利用者が本体住居への連絡に使用する通信機器			
	主たる対象者 特定無し・身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者・難病等対象者			
利用料				
その他の費用				

附表7—3 删除

付表8 障がい者支援施設の指定に係る記載事項

受付番号

施設	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 ー) 県 郡・市									
連絡先	電話番号					FAX番号					
	電子メール										
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 ー)						
	氏名				県 郡・市						
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		特定給付受給者		定員緩和措置の有無		有・無	
施設入所支援の定員(人)											
併設施設の定員(人)		他の社会福祉施設との併設の有無									
併設施設の種類別		有・無									
従業員の職種・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	兼業務	専従	兼業務	専従	兼業務	専従	兼業務	専従	兼業務	専従
従業員数	常勤(人)										
	非常勤(人)										
	常勤換算後の人数(人)										
従業員数	理学療法士等										
	合計	理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員		生活支援員			
	専従	兼業務	専従	兼業務	専従	兼業務	専従	兼業務	専従	兼業務	専従
従業員数	常勤(人)										
	非常勤(人)										
	常勤換算後の人数(人)										
従業員数	職業指導員		就労支援員		栄養士		その他の従業者				
	専従	兼業務	専従	兼業務	専従	兼業務	専従	兼業務	専従	兼業務	
	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	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					
	知的障がい者	精神障がい者	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(登記事項証明書又は条例等、建物の構造概要及び平面図、管理者及びサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書、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、勤務体制・形態一覧表、設備・備品一覧表、協力医療機関及び協力歯科医療機関との契約内容が分かるもの、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第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書 等)										

(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、追加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がい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。
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8-3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。
7. 「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8-2 昼間実施サービス及び施設入所支援に係る記載事項

受付番号

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 (通常)	就労移行支援 (資格取得)	就労継続支援 (A型)	就労継続支援 (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			施設が申告する障がい支援区分の平均値					
			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		基準上の必要値		
	入所者1人あたりの最小床面積			㎡		㎡以下		
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								
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)

- 「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紙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。
- 既存の障がい者施設からの移行の場合で、指定基準省令附則の規定の適用を受けるときには、「経過措置」欄の「有」に○を付けてください。
- 「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。

受付番号 _____

施設名		従業員の職種・員数											
施設障がい福祉サービスの種類		従業員											
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	看護職員										理学療法士等	
		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	
	従業員数	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)											
	合計		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員		生活支援員		その他の従業員		
	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	
	従業員数	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			
		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	
	従業員数	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)											
	合計		通所		訪問		その他の従業員						
	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務					
	従業員数	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		その他の従業員							
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務				
	従業員数	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)

- 「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がい福祉サービスごと(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がい福祉サービス名に○を付けてください。
- 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ください。
- 「※兼務」欄は、2以上の障がい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9 自立訓練(機能訓練)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9-2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15を併せて提出してください。

受付番号

施設	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 ー) 県 部・市										
連絡先	電話番号					FAX番号						
	電子メール											
管理者	フリガナ					住所	(郵便番号 ー)					
	氏名					住所	県 部・市					
	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 ー)					
	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)												
主な掲示事項												
営業日												
営業時間												
主たる対象者		特定無し		身体障がい者								
				視覚障がい	聴覚・言語	内部障がい						
		知的障がい者	精神障がい者	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		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(登記事項証明書又は条例等、事業所の平面図及び概要、管理者及びサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書、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、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分かるもの、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第30条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書 等)										

(備考)

- 「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。
- 記入欄が不足する場合は、論議欄を設けて記載するか又は別添に記載した書類を添付してください。
- 「看護職員」とは保健師、看護師、准看護師のことをいいます。
- 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。
- 「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」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、論議地図を添付してください。
- 共生型自立訓練(機能訓練)の申請の場合、以下の書類の提出を省略することができます。
 - 登記事項証明書又は条例等
 - 事業所の平面図及び概要
 - 管理者及びサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書
 - 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
 - 協力医療機関との契約内容が分かるもの

※多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表10を併せて提出してください。

受付番号

施設	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 ー) 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 ー)
	氏名										
従業者の種類・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)											
主な掲示事項											
営業日											
営業時間											
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	内臓障がい					
	知的障がい者	精神障がい者	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	有・無										
一体的に管理運営するその他の事業所											
備考欄	別紙のとおり(登記事項証明書又は条例等、事業所の平面図及び概要、サービス管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書、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、勤務体系・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分かるもの、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第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書 等)										

(備考)

- 「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。
- 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紙に記載した書類を添付してください。
- 「看護職員」とは保健師、看護師、准看護師のことをいいます。
- 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。
- 「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、入居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」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10 自立訓練(生活訓練)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10-2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15を併せて提出してください。

受付番号

施設	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							
	電子メール												
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 —) 県 郡・市								
	氏名												
	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		事業所等の名称										
	従業者との兼務(兼務の場合記入)		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		専従		専従		専従		専従		専従		
	兼務		兼務		兼務		兼務		兼務		兼務		
	専従(人)		専従(人)		専従(人)		専従(人)		専従(人)		専従(人)		
非常勤(人)		非常勤(人)		非常勤(人)		非常勤(人)		非常勤(人)		非常勤(人)			
常勤換算後の人数(人)		常勤換算後の人数(人)		常勤換算後の人数(人)		常勤換算後の人数(人)		常勤換算後の人数(人)		常勤換算後の人数(人)			
基準上の必要人数(人)		基準上の必要人数(人)		基準上の必要人数(人)		基準上の必要人数(人)		基準上の必要人数(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		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		身体障がい者						知的障がい者		精神障がい者	
				細分無し		肢体不自由		視覚障がい		聴覚・言語		内部障がい	
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		別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、事業所の平面図及び概要、管理者及びサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書、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、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分かるもの、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第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書 等)											

(備考)

- 「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。
- 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。
- 「看護職員」とは保健師、看護師、准看護師のことをいいます。
- 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。
- 「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」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。
- 共生型自立訓練(生活訓練)の申請の場合、以下の書類の提出を省略することができます。
 - 登記事項証明書又は条例等
 - 事業所の平面図及び概要
 - 管理者及びサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書
 - 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
 - 協力医療機関との契約の内容が分かるもの

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15を併せて提出してください。

受付番号

施設名	フリガナ																
	名称																
所在地	(郵便番号 ー ー) ー																
	〒 ー																
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			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 ー ー)					
		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		専従		専従		専従		専従		専従					
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										身体障がい者		知的障がい者		精神障がい者	
		細分無し		肢体不自由		視覚障がい		聴覚・言語		内部障がい							
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											
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		別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、管理者及びサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書、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、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分かるもの、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第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書 等)															

(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添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、准看護師のことをいいます。
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。

付表11 就労移行支援事業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11-2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15を併せて提出してください。

(一般型
資格取得型)
※いずれかに○を付してください。

受付番号

施設	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		電子メール								
管理者	フリガナ	住所		(郵便番号 —) 県 郡・市									
	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)												
従業員数	常勤(人)	就労支援員		その他の従業者									
	非常勤(人)	専従 ※兼務		専従 ※兼務									
	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	
		加齢障がい者		精神障がい者		難病等対象者							
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				有 ・ 無									
一体的に管理運営する その他の事業所													
添付書類		別紙のとおり(登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、管理者及びサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書、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、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分かるもの、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第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書 等)											

(備考)

- 「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。
- 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紙に記載した書類を添付してください。
- 「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。
- 「※兼務」欄は、他の障がい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。
- 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。
- 「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。
- 「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。

※多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表15を併せて提出してください。

受付番号

施設	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 ー) 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 ー)				
	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			
従業者数	常勤(人)	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務		
	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		就労支援員		その他の従業者							
従業者数	常勤(人)	専従	※兼務	専従	※兼務						
	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					
	知的障がい者	精神障がい者	難病等対象者								
利用料											
その他の費用											
その他の参考となる事項	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	別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、サービス管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書、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、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分かるもの、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第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書 等)										

(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. 「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、他の障がい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。
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 就労継続支援事業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12-2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15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。

受付番号

施設	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 ー) 県 郡・市							
	連絡先	電話番号					FAX番号		
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 ー) 県 郡・市				
	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						
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等 注「定款」は、A型のみ 第 条 第 項 第 号									
サービス	フリガナ				住所	(郵便番号 ー)			
管理責任者	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	
従業者数	常勤(人)	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
	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									
従業者数	常勤(人)	専従	※兼務						
	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			
	知的障がい者	精神障がい者	難病等対象者						
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	別添のとおり(定款若しくは審判行為及び登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、管理者及びサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書、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、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分かるもの、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第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書 等) 注「定款、審判行為」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添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、他の障がい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。
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12-2 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15を併せて提出してください。

受付番号

施設	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 ー) 県 郡・市							
	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又は条例等 注「定款」は、A型のみ						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 ー)			
	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	
従業者数	常勤(人)	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
	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					
従業者数	常勤(人)	専従	※兼務	専従	※兼務				
	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			
	知的障がい者	精神障がい者	難病等対象者						
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	有・無								
一体的に管理運営する その他の事業所									
添付書類	別紙のとおり(定款若しくは寄附行為及び登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、サービス管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書、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、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分かるもの、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第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書 等) 注「定款、寄附行為」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紙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、他の障がい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。
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13 就労定着支援事業所の指定に係る記載事項

受付番号	
------	--

施設	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						
	電子メール									
管理者	フリガナ		住所	(郵便番号 —)						
	氏名			県 郡・市						
	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						
前年度の平均利用者数(人)			人							
一体的に運営する事業所の前年度の平均利用者数(人)			人							
従業者の職種・員数		サービス管理責任者		就労定着支援員						
		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)										
主な掲示事項										
営業日										
営業時間										
主たる対象者		特定無し・身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者・難病等対象者								
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		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								
添付書類		別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、管理者及びサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書、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、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、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等)								

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」欄は、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様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. 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
5. 「※兼務」欄は、他の障がい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. 「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。
8. 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(付表13-2)を添付してください。

付表13-2 一般就労移行実績

年 月 日

【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。ただし、就労継続支援A型事業所への移行は除く。

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. 適宜、欄は追加してください。

付表14 自立生活援助事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 ー)			
	連絡先	電話番号	FAX番号		
		電子メール			
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 ー)
	氏名			県	郡・市
	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
前年度の平均利用者数(人)			人		
従業者の職種・員数		サービス管理責任者		地域生活支援員	
		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)					
主な揭示事項					
営業日					
営業時間					
主たる対象者		特定無し・身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者・難病等対象者			
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		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
添付書類		その他			
		別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、管理者及びサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書、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、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、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等)			

(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様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」欄は、他の障がい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. 「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。

指定障がい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。

受付番号

事業所	フリガナ							
	名 称							
	所在地	(郵便番号 ー)						
	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 ー)						
	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 ー)						
	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 ー)						
	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 ー)						
	連絡先	電話番号					FAX番号	
管理者	フリガナ			住 所		(郵便番号 ー)		
	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	知的障がい者	精神障がい者	難病等対象者
生活介護を行う場合のみ		事業所が申告する障がい支援区分の平均値						
前年度の平均実利用者数(人)	サービス単位1	4未満		4以上5未満		5以上		
	サービス単位2							
	サービス単位3							
実施事業	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(通常)	就労移行支援(資格取得)	就労継続支援(A型)	就労継続支援(B型)	
	サービス単位有・無							
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	自立訓練(機能訓練)	自立訓練(生活訓練)	就労移行支援(通常)	就労移行支援(資格取得)	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								

(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業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業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、「前年度の平均実利用者数」欄は推定数を記入してください。

受付番号

従業者の職種・員数														
			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	
							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				就労指導員		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						
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. 「※兼務」欄には、本施設との兼務を行う職員について記載してください。

(地域移行支援
地域定着支援)

受付番号	
------	--

※実施事業に○を付してください。

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		
		電子メール			
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 項 第 号					
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	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、付表16-2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・身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者・障がい児・難病等対象者			
	その他の費用				
	通常の事業実施地域				
添付書類	別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、事業所の平面図、運営規程、管理者及び指定地域相談支援の提供に当たる者の氏名、生年月日、住所及び経歴書、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、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51条第2項において準用する同法第36条第3項の規定に該当しない旨の誓約書 等)				

(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、指定障がい児相談支援事業所との兼務は除いてください。
- 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具體制(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16—2 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業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		

介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書

年 月 日

福 岡 県 知 事 殿

届出者 所在地
 事業者名
 代表者名
 (記名押印又は署名)

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

届出者(法人設置者)	フリガナ 名称			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 県 ー 郡市)		
	連絡先	電話番号		FAX番号
	法人の種別			法人所轄庁
	代表者の職・氏名	職名		氏名
	代表者の住所	(郵便番号 県 ー 郡市)		
事業所・施設の状況	フリガナ 名称			
	事業所番号 (新規の場合空欄)			
	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 県 ー 郡市)		
	連絡先	電話番号		FAX番号
	管理者の氏名	職名		氏名
	管理者の住所	(郵便番号 県 ー 郡市)		

記入担当者名		連絡先	
--------	--	-----	--

付表17 その2

届出を行う事業所・施設の種類	同一所在地において行う事業等の種類(同じ事業所番号のもの)	実施事業	指定年月日	異動等の区分	異動年月日	異動項目 (※変更の場合)
	介護給付 訓練等給付	居宅介護			1 新規 2 変更 3 終了	
重度訪問介護				1 新規 2 変更 3 終了		
同行援護				1 新規 2 変更 3 終了		
行動援護				1 新規 2 変更 3 終了		
療養介護				1 新規 2 変更 3 終了		
生活介護				1 新規 2 変更 3 終了		
短期入所				1 新規 2 変更 3 終了		
重度障がい者等包括支援				1 新規 2 変更 3 終了		
施設入所支援				1 新規 2 変更 3 終了		
自立訓練				1 新規 2 変更 3 終了		
就労移行支援				1 新規 2 変更 3 終了		
就労継続支援				1 新規 2 変更 3 終了		
就労定着支援				1 新規 2 変更 3 終了		
自立生活援助				1 新規 2 変更 3 終了		
共同生活援助				1 新規 2 変更 3 終了		
特記事項	変更前			変更後		
関係書類		別紙のとおり				

注1 「法人の種類」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」、「医療法人」、「社団法人」、「財団法人」、「株式会社」、「有限会社」等の別を記入してください。

注2 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。

注3 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。

注4 「異動等の区分」欄は、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字に「○」を記入してください。

注5 「異動項目」欄は、(別紙1)「介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる加算・減算等の項目を記載してください。

注6 「特記事項」欄は、異動の状況について具体的に記載してください。

提供サービス	定員数	定員規模	本務部署等 定員区分(席口)	人員配分区分 (職別)	その他該当する体制等	適用開始日
介護サービス共通					地域区分 1. 一級地 2. 二級地 3. 三級地 4. 四級地 5. 五級地 6. 六級地 7. 七級地 20. その他	
居宅介護					特定事業所 1. なし 2. 1 3. 2 4. 3 5. 4 6. 5 7. 6	
					福祉・介護職員処遇改善加算対象 1. なし 2. あり	
					福祉・介護職員処遇改善加算対象 1. なし 2. あり	
					キャリアパス区分(席口) 1. Ⅰ(キャリアパス要件(1又は1)及び職能環境等要件のいずれも満たす) 2. Ⅱ(キャリアパス要件及び職能環境等要件のいずれも満たさない) 3. Ⅲ(キャリアパス要件を満たさない) 4. Ⅳ(職能環境等要件を満たさない) 5. Ⅴ(キャリアパス要件(1及び1)及び職能環境等要件のいずれも満たす) 6. Ⅵ(キャリアパス要件(1及び1及び1)及び職能環境等要件のいずれも満たす)	
施設介護(介護)					共生型サービス対象区分 1. 準該当 2. 該当	
					地域生活支援拠点等 1. 準該当 2. 該当	
					特定事業所 1. なし 2. 1 3. 2 4. 3 5. 4 6. 5	
					福祉・介護職員処遇改善加算対象 1. なし 2. あり	
同行介護					福祉・介護職員処遇改善加算対象 1. なし 2. あり	
					福祉・介護職員処遇改善加算対象 1. なし 2. あり	
					キャリアパス区分(席口) 1. Ⅰ(キャリアパス要件(1又は1)及び職能環境等要件のいずれも満たす) 2. Ⅱ(キャリアパス要件及び職能環境等要件のいずれも満たさない) 3. Ⅲ(キャリアパス要件を満たさない) 4. Ⅳ(職能環境等要件を満たさない) 5. Ⅴ(キャリアパス要件(1及び1)及び職能環境等要件のいずれも満たす) 6. Ⅵ(キャリアパス要件(1及び1及び1)及び職能環境等要件のいずれも満たす)	
					地域生活支援拠点等 1. 準該当 2. 該当	
行動介護					特定事業所 1. なし 2. 1 3. 2 4. 3 5. 4 6. 5 7. 6	
					福祉・介護職員処遇改善加算対象 1. なし 2. あり	
					福祉・介護職員処遇改善加算対象 1. なし 2. あり	
					キャリアパス区分(席口) 1. Ⅰ(キャリアパス要件(1又は1)及び職能環境等要件のいずれも満たす) 2. Ⅱ(キャリアパス要件及び職能環境等要件のいずれも満たさない) 3. Ⅲ(キャリアパス要件を満たさない) 4. Ⅳ(職能環境等要件を満たさない) 5. Ⅴ(キャリアパス要件(1及び1)及び職能環境等要件のいずれも満たす) 6. Ⅵ(キャリアパス要件(1及び1及び1)及び職能環境等要件のいずれも満たす)	
					地域生活支援拠点等 1. 準該当 2. 該当	

居宅介護	1. 49人以下 2. 49人以上99人以下 3. 99人以上199人以下 4. 199人以上			1. I型 2. II型 3. III型 4. IV型 5. V型	特別対象(席口) 1. なし 2. あり	
					定員超過 1. なし 2. あり	
					職員欠如 1. なし 2. あり	
					サービス管理責任者欠如 1. なし 2. あり	
					福祉専門職日配置等 1. なし 2. Ⅰ 3. Ⅱ 4. Ⅲ 5. Ⅳ	
					人員配置体制 1. なし 2. あり	
					福祉・介護職員処遇改善加算対象 1. なし 2. あり	
					福祉・介護職員処遇改善加算対象 1. なし 2. あり	
					キャリアパス区分(席口) 1. Ⅰ(キャリアパス要件(1又は1)及び職能環境等要件のいずれも満たす) 2. Ⅱ(キャリアパス要件及び職能環境等要件のいずれも満たさない) 3. Ⅲ(キャリアパス要件を満たさない) 4. Ⅳ(職能環境等要件を満たさない) 5. Ⅴ(キャリアパス要件(1及び1)及び職能環境等要件のいずれも満たす) 6. Ⅵ(キャリアパス要件(1及び1及び1)及び職能環境等要件のいずれも満たす)	
					新定管理者面接適任区分 1. 準該当 2. 該当	
生活介護	1. 21人以上99人以下 2. 99人以上199人以下 3. 199人以上299人以下 4. 299人以上 5. 30人以上			1. I型(1, 2, 3) 2. II型(1, 2) 3. III型(1, 2, 3) 4. IV型(1, 2, 3) 5. V型(1, 2, 3) 6. VI型(1, 2) 7. VII型(1, 2, 3) 8. VIII型(1, 2) 9. IX型(1, 2, 3) 10. X型(1, 2)	施設区分 1. 一級 2. 中級等多機能	
					定員超過 1. なし 2. あり	
					職員欠如 1. なし 2. あり	
					サービス管理責任者欠如 1. なし 2. あり	
					障害者施設 1. なし 2. あり	
					障害者施設等(席口) 1. 4時間未満 2. 4時間以上8時間未満	
					初任奨励金 1. なし 2. あり	
					大規模事業所 1. なし 2. 定員9人以上	
					広域本配置体制 1. なし 2. あり	
					人員配置体制 1. なし 2. あり	
福祉専門職日配置等 1. なし 2. Ⅰ 3. Ⅱ 4. Ⅲ 5. Ⅳ						
定額有償職員等配置 1. なし 2. 1 3. 2 4. 3						
福祉・介護等支援体制 1. なし 2. あり						
施設閉鎖に備え支援体制 1. なし 2. あり						
リハビリテーション加算 1. なし 2. あり						
食事配膳体制 1. なし 2. あり						
福祉支援体制 1. なし 2. あり						
活動体制 1. なし 2. Ⅰ 3. Ⅱ 4. Ⅲ						
志願体制(優先) 1. なし 2. あり						
運営移行支援体制 1. なし 2. あり						
運営移行支援体制(運営定着者数) 運営定着者数()						
福祉・介護職員処遇改善加算対象 1. なし 2. あり						
福祉・介護職員処遇改善加算対象 1. なし 2. あり						
キャリアパス区分(席口) 1. Ⅰ(キャリアパス要件(1又は1)及び職能環境等要件のいずれも満たす) 2. Ⅱ(キャリアパス要件及び職能環境等要件のいずれも満たさない) 3. Ⅲ(キャリアパス要件を満たさない) 4. Ⅳ(職能環境等要件を満たさない) 5. Ⅴ(キャリアパス要件(1及び1)及び職能環境等要件のいずれも満たす) 6. Ⅵ(キャリアパス要件(1及び1及び1)及び職能環境等要件のいずれも満たす)						
主たる事業所サービス機能(席口) サービス機能()						
新定管理者面接適任区分 1. 準該当 2. 該当						
共生型サービス対象区分 1. 準該当 2. 該当						
サービス管理責任者配置等(席口) 1. なし 2. あり						
地域生活支援拠点等 1. 準該当 2. 該当						

知地区	施設区分	1. 福祉型 2. 医療型 3. 福祉型(強化)	
	定員超過	1. なし 2. あり	
	職員交代	1. なし 2. あり	
	大規模修繕	1. なし 2. あり	
	非常災害時等配置	1. なし 2. あり	
	高齢者(若くは若年)施設(施設)あり	1. なし 2. あり	
	福祉型施設	1. なし 2. あり	
	医療連携体制構築(※)	1. なし 2. あり	
	定員超過	1. なし 2. その他(※) 3. 定員超過 4. 定員超過(※)	
	定員超過	1. なし 2. あり	
	定員超過	1. なし 2. あり	
	福祉・介護職員処遇改善加算対象	1. なし 2. あり	
	福祉・介護職員処遇改善加算対象	1. なし 2. あり	
	キャリアパス区分(※)	1. Ⅰ(キャリアパス要件(1及び2)及び職能開発等要件のいずれも満たす) 2. Ⅱ(キャリアパス要件及び職能開発等要件のいずれも満たさない) 3. Ⅲ(キャリアパス要件を満たさない) 4. Ⅳ(職能開発等要件を満たさない) 5. Ⅴ(キャリアパス要件(1及び2)及び職能開発等要件のいずれも満たす) 6. Ⅵ(キャリアパス要件(1及び2及び3)及び職能開発等要件のいずれも満たす)	
	主たる事業所サービス種類(※)	サービス種類コード()	
主たる事業所施設区分(※)	1. 介護サービス施設型 2. 外部サービス利用型 3. 日中サービス支援型		
指定管理者施設区分	1. 介護型 2. 該当		
共生型サービス対象区分	1. 介護型 2. 該当		
福祉専門職員配置等(※)	1. なし 2. Ⅰ Ⅱ Ⅲ		
地域生活支援拠点等	1. 介護型 2. 該当		

施設(その2)

施設サービス	定員数	定員超過	多機能型等 定員区分(※)	人員配置区分 (※)	その他該当する体制等	適用期間
高度障がい者等包括支援					生活訓練	1. なし 2. あり
					地域生活移行訓練支援	1. なし 2. あり
					精神障がい者地域移行体制	1. なし 2. あり
					障がい者移行訓練体制	1. なし 2. あり
					福祉・介護職員処遇改善加算対象	1. なし 2. あり
					福祉・介護職員処遇改善加算対象	1. なし 2. あり
					キャリアパス区分(※)	1. Ⅰ(キャリアパス要件(1及び2)及び職能開発等要件のいずれも満たす) 2. Ⅱ(キャリアパス要件及び職能開発等要件のいずれも満たさない) 3. Ⅲ(キャリアパス要件を満たさない) 4. Ⅳ(職能開発等要件を満たさない) 5. Ⅴ(キャリアパス要件(1及び2)及び職能開発等要件のいずれも満たす) 6. Ⅵ(キャリアパス要件(1及び2及び3)及び職能開発等要件のいずれも満たす)
					地域生活支援拠点等	1. 介護型 2. 該当
					定員超過	1. なし 2. あり
					職員交代	1. なし 2. あり
					定員超過	1. なし 2. 非労働型 3. 労働型
					夜間生活支援体制	1. なし 2. あり
					障がい者支援型体制	1. なし 2. あり
					障がい者支援型体制(強化)	1. なし 2. あり
					障がい者支援型体制	1. なし 2. あり
				療育・療養等支援体制	1. なし 2. あり	
				夜間看護体制	1. なし 2. あり	

施設サービス	定員数	定員超過	多機能型等 定員区分(※)	人員配置区分 (※)	その他該当する体制等	適用期間
施設入居支援		1. 40人以下 2. 41人以上60人以下 3. 61人以上80人以下 4. 81人以上	1. 40人以下 2. 41人以上60人以下 3. 61人以上80人以下 4. 81人以上		地域生活移行訓練支援	1. なし 2. あり
					福祉・介護職員処遇改善加算対象	1. なし 2. あり
					福祉・介護職員処遇改善加算対象	1. なし 2. あり
					キャリアパス区分(※)	1. Ⅰ(キャリアパス要件(1及び2)及び職能開発等要件のいずれも満たす) 2. Ⅱ(キャリアパス要件及び職能開発等要件のいずれも満たさない) 3. Ⅲ(キャリアパス要件を満たさない) 4. Ⅳ(職能開発等要件を満たさない) 5. Ⅴ(キャリアパス要件(1及び2)及び職能開発等要件のいずれも満たす) 6. Ⅵ(キャリアパス要件(1及び2及び3)及び職能開発等要件のいずれも満たす)
					指定管理者施設区分	1. 介護型 2. 該当
					地域生活支援拠点等	1. 介護型 2. 該当
					施設区分	1. 施設訓練 2. 生活訓練 3. 生活訓練(前向き)
					生活訓練	1. なし 2. あり
					療育障がい者施設専門職員配置	1. なし 2. あり
					定員超過	1. なし 2. あり
					職員交代	1. なし 2. あり
					サービス管理責任者交代	1. なし 2. あり
					療育期間前	1. なし 2. あり
					福祉専門職員配置等	1. なし 2. Ⅰ Ⅱ Ⅲ Ⅳ Ⅴ
					療育・療養等支援体制	1. なし 2. あり
自立訓練		1. 21人以上60人以下 2. 41人以上60人以下 3. 61人以上80人以下 4. 81人以上 5. 20人以下	1. 21人以上60人以下 2. 41人以上60人以下 3. 61人以上80人以下 4. 81人以上 5. 20人以下		生活訓練	1. なし 2. 施設訓練 3. 施設訓練
					精神障がい者施設支援	1. なし 2. 施設訓練 3. 施設訓練
					地域生活移行訓練支援	1. なし 2. あり
					精神障がい者地域移行体制	1. なし 2. あり
					障がい者移行訓練体制	1. なし 2. あり
					食生活支援	1. なし 2. あり
					看護職員配置	1. なし 2. あり
					生活訓練	1. なし 2. Ⅰ Ⅱ Ⅲ Ⅳ Ⅴ
					夜間生活支援体制	1. なし 2. Ⅰ Ⅱ Ⅲ Ⅳ Ⅴ Ⅵ Ⅶ Ⅷ Ⅷ
					社会生活支援	1. なし 2. あり
					障がい者支援体制	1. なし 2. あり
					障がい者支援体制(指定管理者)	指定管理者()
					福祉・介護職員処遇改善加算対象	1. なし 2. あり
					福祉・介護職員処遇改善加算対象	1. なし 2. あり
					キャリアパス区分(※)	1. Ⅰ(キャリアパス要件(1及び2)及び職能開発等要件のいずれも満たす) 2. Ⅱ(キャリアパス要件及び職能開発等要件のいずれも満たさない) 3. Ⅲ(キャリアパス要件を満たさない) 4. Ⅳ(職能開発等要件を満たさない) 5. Ⅴ(キャリアパス要件(1及び2)及び職能開発等要件のいずれも満たす) 6. Ⅵ(キャリアパス要件(1及び2及び3)及び職能開発等要件のいずれも満たす)
				主たる事業所サービス種類(※)	サービス種類コード()	
				指定管理者施設区分	1. 介護型 2. 該当	
				共生型サービス対象区分	1. 介護型 2. 該当	
				サービス管理責任者配置等(※)	1. なし 2. あり	
				地域生活支援拠点等	1. 介護型 2. 該当	

施設サービス	定員数	実員数	多機能等 定員区分(部)	人員配置区分 (部)	その該当する体制等	職員開始日	
施設サービス	1. 21人以上40人以下 2. 41人以上60人以下 3. 61人以上80人以下 4. 81人以上 5. 20人以下				施設区分	1. 一般型 2. 特設施設型	
					施設定員区分(部)	1. 最乗車8月以上定着率9割以上 2. 最乗車6月以上定着率8割以上1割未満 3. 最乗車4月以上定着率7割以上1割未満 4. 最乗車2月以上定着率6割以上1割未満 5. 最乗車0月以上定着率5割以上1割未満 6. 最乗車0月以上定着率4割以上1割未満 7. 最乗車0月以上定着率3割 8. なし(既設施設対象)	
					定員超過	1. なし 2. あり	
					職員欠如	1. なし 2. あり	
					サービス管理責任者欠如	1. なし 2. あり	
					標準時間超過	1. なし 2. あり	
					福祉専門職員配置等	1. なし 2. Ⅱ 3. Ⅲ 4. Ⅳ Ⅴ Ⅵ	
					視覚・聴覚等支援体制	1. なし 2. あり	
					施設・聴覚等支援体制	1. なし 2. あり	
					施設定員支援体制 (6月以上12月未満)	1. なし 2. 定着率が8割以上1割5分未満 3. 定着率が7割5分以上1割5分未満 4. 定着率が7割分以上1割5分未満 5. 定着率が6割5分以上1割5分未満 6. 定着率が6割5分以上	
					施設定員支援体制 (12月以上3月未満)	1. なし 2. 定着率が5割以上1割5分未満 3. 定着率が4割5分以上1割5分未満 4. 定着率が4割分以上1割5分未満 5. 定着率が3割5分以上1割5分未満 6. 定着率が3割5分以上	
					施設定員支援体制 (3月以上6月未満)	1. なし 2. 定着率が5割以上1割5分未満 3. 定着率が4割5分以上1割5分未満 4. 定着率が4割分以上1割5分未満 5. 定着率が3割5分以上1割5分未満 6. 定着率が3割5分以上	
					特殊障がい者施設支援体制	1. なし 2. 施設体制 3. 表揚体制	
					意思決定体制	1. なし 2. あり	
					移行準備支援体制(1)	1. なし 2. あり	
生活体制	1. なし 2. Ⅲ 3. Ⅳ Ⅴ Ⅵ						
社会生活支援	1. なし 2. あり						
福祉・介護職員処遇改善対象	1. なし 2. あり						
福祉・介護職員処遇改善対象	1. なし 2. あり						
キャリアパス区分(部)	1. Ⅱ(キャリアパス要件(Ⅰ及びⅡ)及び職能開発等要件のいずれも満たす) 2. Ⅲ(キャリアパス要件及び職能開発等要件のいずれも満たさない) 3. Ⅳ(キャリアパス要件を満たさない) 4. Ⅴ(職能開発等要件を満たさない) 5. Ⅵ(キャリアパス要件(Ⅰ及びⅡ)及び職能開発等要件のいずれも満たす) 6. Ⅶ(キャリアパス要件(Ⅰ及びⅡ)及び職能開発等要件のいずれも満たす)						
主たる事業所サービス種類(部)	サービス種類コード()						
指定管理者制度適用区分	1. 非該当 2. 該当						
地域生活支援拠点等	1. 非該当 2. 該当						

施設サービス	定員数	実員数	多機能等 定員区分(部)	人員配置区分 (部)	その該当する体制等	職員開始日	
施設サービス	1. 21人以上40人以下 2. 41人以上60人以下 3. 61人以上80人以下 4. 81人以上 5. 20人以下			1. Ⅰ型(Ⅰ、Ⅱ) Ⅱ. Ⅲ型(Ⅰ0、Ⅰ)	平均労働時間区分(部)	1. 1日の平均労働時間が7時間以上 2. 1日の平均労働時間が6時間以上7時間未満 3. 1日の平均労働時間が5時間以上6時間未満 4. 1日の平均労働時間が4時間以上5時間未満 5. 1日の平均労働時間が3時間以上4時間未満 6. 1日の平均労働時間が2時間以上3時間未満 7. 1日の平均労働時間が2時間未満 8. なし(既設施設対象)	
					定員超過	1. なし 2. あり	
					職員欠如	1. なし 2. あり	
					サービス管理責任者欠如	1. なし 2. あり	
					標準時間超過	1. なし 2. あり	
					福祉専門職員配置等	1. なし 2. Ⅱ 3. Ⅲ 4. Ⅳ Ⅴ Ⅵ	
					視覚・聴覚等支援体制	1. なし 2. あり	
					施設・聴覚等支援体制	1. なし 2. あり	
					施設定員支援体制	1. なし 2. あり	
					施設定員支援体制(施設定員数)	施設定員数()	
					資金向上達成率等	1. なし 2. あり	
					生活体制	1. なし 2. Ⅲ 3. Ⅳ Ⅴ Ⅵ	
					食事提供体制	1. なし 2. あり	
					社会生活支援	1. なし 2. あり	
					福祉・介護職員処遇改善対象	1. なし 2. Ⅲ(Ⅰ) Ⅲ. Ⅳ(Ⅱ)	
福祉・介護職員処遇改善対象	1. なし 2. あり						
キャリアパス区分(部)	1. Ⅱ(キャリアパス要件(Ⅰ又はⅡ)及び職能開発等要件のいずれも満たす) 2. Ⅲ(キャリアパス要件及び職能開発等要件のいずれも満たさない) 3. Ⅳ(キャリアパス要件を満たさない) 4. Ⅴ(職能開発等要件を満たさない) 5. Ⅵ(キャリアパス要件(Ⅰ及びⅡ)及び職能開発等要件のいずれも満たす) 6. Ⅶ(キャリアパス要件(Ⅰ及びⅡ)及び職能開発等要件のいずれも満たす)						
主たる事業所サービス種類(部)	サービス種類コード()						
指定管理者制度適用区分	1. 非該当 2. 該当						
地域生活支援拠点等	1. 非該当 2. 該当						
平均賃月額区分(部)	1. 平均工賃月額が4万5千円以上 2. 平均工賃月額が3万5千円以上4万5千円未満 3. 平均工賃月額が2万5千円以上3万5千円未満 4. 平均工賃月額が1万5千円以上2万5千円未満 5. 平均工賃月額が1万円以上1万5千円未満 6. 平均工賃月額が5千円以上1万円未満 7. 平均工賃月額が5千円未満 8. なし(既設施設対象)						
定員超過	1. なし 2. あり						
職員欠如	1. なし 2. あり						
サービス管理責任者欠如	1. なし 2. あり						
標準時間超過	1. なし 2. あり						
福祉専門職員配置等	1. なし 2. Ⅱ 3. Ⅲ 4. Ⅳ Ⅴ Ⅵ						
視覚・聴覚等支援体制	1. なし 2. あり						
施設・聴覚等支援体制	1. なし 2. あり						
施設定員支援体制	1. なし 2. あり						
施設定員支援体制(施設定員数)	施設定員数()						

認定継続支援型	1. 21人以上40人以下	1. 21人以上40人以下	目標・目標達成率等項目設置	1. なし 2. あり		
	2. 41人以上60人以下	2. 41人以上60人以下	定員確保	1. なし 2. あり 3. 1 4. 2		
	3. 61人以上80人以下	3. 61人以上80人以下	食生活支援	1. なし 2. あり		
	4. 81人以上	4. 81人以上	社会生活支援	1. なし 2. あり		
認定定着支援	5. 20人以下	5. 20人以下	福祉・介護職員処遇改善増加分対象	1. なし 2. あり		
			福祉・介護職員処遇改善増加分対象	1. なし 2. あり		
			キャリアパス区分(施設)	1. Ⅱ(キャリアパス要件(Ⅰ又はⅢ)及び職能開発等要件のいずれも満たす) 2. Ⅲ(キャリアパス要件及び職能開発等要件のいずれも満たさない) 3. Ⅳ(キャリアパス要件を満たさない) 4. Ⅴ(職能開発等要件を満たさない) 5. Ⅵ(キャリアパス要件(Ⅰ及びⅢ)及び職能開発等要件のいずれも満たす) 6. Ⅶ(キャリアパス要件(Ⅰ及びⅢ及びⅣ)及び職能開発等要件のいずれも満たす)		
			主たる事業用サービス種別(事業)	サービス種別コード()		
自立生活援助			認定管理者制度適用区分	1. 非該当 2. 該当		
			地域生活支援拠点等	1. 非該当 2. 該当		
			認定定着率区分	1. 利用率が20人以下 2. 利用率が21人以上49人以下 3. 利用率が50人以上		
			職員告知	1. 認定定着率50%以上 2. 認定定着率50%未満以上の別未達 3. 認定定着率50%以上の別未達 4. 認定定着率50%以上の別未達 5. 認定定着率50%以上の別未達 6. 認定定着率50%以上の別未達 7. 認定定着率50%未満		
高齢生活援助			認定定着率区分	1. 認定定着率50%以上 2. 認定定着率50%未満以上の別未達 3. 認定定着率50%以上の別未達 4. 認定定着率50%以上の別未達 5. 認定定着率50%以上の別未達 6. 認定定着率50%以上の別未達 7. 認定定着率50%未満		
			職員告知	1. なし 2. あり		
			サービス管理責任者告知	1. なし 2. あり		
			認定定着率	1. なし 2. あり		
自立生活援助			福祉・介護職員処遇改善増加分対象	1. なし 2. あり		
			地域生活支援拠点等	1. 非該当 2. 該当		
			サービス管理責任者告知	1. なし 2. あり		
			標準報酬超過	1. なし 2. あり		
高齢生活援助			福祉・介護職員処遇改善増加分対象	1. なし 2. あり 3. 1 4. 2		
			地域生活支援拠点等	1. 非該当 2. 該当		
			施設区分	1. 介護サービス施設型 2. 再発サービス施設型 3. 日中サービス支援型		
			大規模社員(率)	1. なし 2. 定員1人以上 3. 定員2人以上 4. 定員3人以上(一体的な事業が行われている場合)		
			職員告知	1. なし 2. あり		
			サービス管理責任者告知	1. なし 2. あり		
			福祉・介護職員処遇改善増加分対象	1. なし 2. あり 3. 1 4. 2		
			福祉・介護職員処遇改善増加分対象	1. なし 2. あり		
			看護職員配置体制	1. なし 2. あり		
			訪問支援等体制	1. なし 2. 1 3. 2 4. 3 5. 1・2 6. 1・2 7. 3・4 8. 1・2・3		
			看護職員処遇改善増加分対象	1. なし 2. あり		
			福祉・介護職員処遇改善増加分対象	1. なし 2. あり		

			福祉・介護職員処遇改善増加分対象	1. なし 2. あり	
			福祉・介護職員処遇改善増加分対象	1. なし 2. あり	
			キャリアパス区分(施設)	1. Ⅱ(キャリアパス要件(Ⅰ又はⅢ)及び職能開発等要件のいずれも満たす) 2. Ⅲ(キャリアパス要件及び職能開発等要件のいずれも満たさない) 3. Ⅳ(キャリアパス要件を満たさない) 4. Ⅴ(職能開発等要件を満たさない) 5. Ⅵ(キャリアパス要件(Ⅰ及びⅢ)及び職能開発等要件のいずれも満たす) 6. Ⅶ(キャリアパス要件(Ⅰ及びⅢ及びⅣ)及び職能開発等要件のいずれも満たす)	
			認定管理者制度適用区分	1. 非該当 2. 該当	
			地域生活支援拠点等	1. 非該当 2. 該当	

- 注
- ※1 各種認定事業所または複数の単位でサービス提供している事業所については、一体的な管理による複数サービス種別の利用定員の合計数を利用定員とした場合の報酬を算定することとなるため、「定員区分」には利用定員合計数を算定してください。
- ただし、以下の加算については、サービス種別または事業所の利用定員に応じた報酬を算定してください。
- 生活介護・人員配置体制加算、児童発達支援等加算加算、巡回移行支援体制加算
 - 施設入所支援・夜間職員配置体制加算
 - 自立訓練(機能訓練・生活訓練)・巡回移行支援体制加算
 - 巡回移行支援(型)・成果者支援体制加算、巡回移行支援体制加算、資金向上達成前増員配置加算
 - 巡回移行支援(型)・成果者支援体制加算、目標・目標達成率等項目設置加算、巡回移行支援体制加算
- その場合、「各種認定等定員区分(加算)」には、以下の内容を算定してください。
- 生活介護、施設入所支援、自立訓練(機能訓練・生活訓練)・巡回移行支援(型)の事業所の利用定員
 - 巡回移行支援(型)、巡回移行支援(型)各サービス種別の利用定員
- なお、「定員区分」と「各種認定等定員区分(加算)」が同一の場合、「各種認定等定員区分(加算)」は算定しないでください。
- ※2 「人員配置区分」欄には、報酬算定上の区分を算定してください。
- ※3 「キャリアパス区分」欄は、福祉・介護職員処遇改善増加分対象が「2. あり」で設定されている場合に算定してください。
- ※4 1歳以上の障がい児施設入所者への対応として、児童福祉法に基づき相応基準を満たすことをもって、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に基づく認定基準を満たしているものとみなす特別措置の対象を算定してください。
- ※5 「訪問時間減算区分」欄は、訪問時間減算が「2. あり」の場合に算定してください。
- ※6 「主たる事業用サービス種別」欄には、福祉・介護職員処遇改善増加分対象、又は福祉・介護職員処遇改善増加分対象が「2. あり」であり、障がい者支援施設における日中活動サービス(施設入所支援)を設定してください。加算区分については、指定高齢生活援助事業所(巡回サービス利用型指定高齢生活援助及び日中サービス支援型指定高齢生活援助を含む)において行った場合は「33」(高齢生活援助)、指定高齢自立訓練事業所において行った場合は「34」(高齢自立訓練)、移動型事業所において行った場合は「32」(生活介護)を算定してください。
- ※7 「生活型サービス対象区分」欄は「2. 該当」の場合に算定してください。
- ※8 主たる事業用施設区分(欄)は、福祉・介護職員処遇改善増加分対象又は福祉・介護職員処遇改善増加分対象が「2. あり」であり、共同生活援助事業所にて短期入所を実施する場合、「1」(介護サービス施設型)、「2」(再発サービス施設型)又は「3」(日中サービス支援型)を算定してください。
- ※9 巡回移行支援及び巡回移行支援(再発)区分については、平成29年度報酬算定時の基本報酬体系適用後の新規事業所及び算定を受けた日から2年を経過していない既存事業所の場合、「98」(経過措置対象)を設定してください。巡回移行支援(型)区分については、平成29年度報酬算定時の基本報酬体系適用後の新規事業所及び算定を受けた日から1年を経過していない既存事業所の場合、「98」(経過措置対象)を設定してください。
- ※10 「大規模社員」欄は「2. 定員1人以上」は、施設区分が「介護サービス施設型」及び「再発サービス施設型」の場合に限ります。また、「4」(定員1人以上(一体的な事業が行われている場合))は、施設区分が「介護サービス施設型」及び「日中サービス支援型」の場合に限ります。
- ※11 「介護報酬の者支援職員配置」欄は、施設区分が「介護サービス施設型」及び「日中サービス支援型」の場合に算定してください。

従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表

サービス種別			事業所・施設名														基準上の必要職員数																												
定員	前年度の平均実利用者数		該当する体制等																																										
人員配置区分			第1週							第2週							第3週							第4週							4週合計	週平均の勤務時間	定勤換算後の人数												
職種	勤務形態	氏名	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															
合計			1週間に当該事業所・施設における定勤職員の勤務すべき時間数																																										
サービス提供時間																																													

- 注1 本表はサービスの種別ごとに作成してください。
- 注2 *欄は、当該月の曜日を記入してください。
- 注3 「人員配置区分」欄は、報酬算定上の区分を記載し、「該当する体制等」欄は、(別紙1)「介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる体制加算等の内容を記載してください(この際、(別紙1)「介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表」の記載内容と同様に記載してください。)
- 注4 「職種」欄は、直接サービス提供職員に係る職種を記載し、「勤務形態」欄は、①定勤・専従、②定勤・兼務、③非常勤・専従、④非常勤・兼務のいずれかを記載するとともに、加算等に係る職員の加配を区分した上、それぞれ1日あたりの勤務時間を記載してください。
- 注5 算出に当たっては、小数点以下第2位を切り捨ててください。
- 注6 当該事業所・施設に係る組織体制図を添付してください。
- 注7 各事業所・施設において利用している勤務制表等(変更の届出の場合は変更後の予定勤務制表等)により、届出の対象となる従業員の職種、勤務形態、氏名、当該業務の勤務時間及び看護職員と介護職員の配置状況(関係する場合は)が確認できる場合はその書類をもって添付書類として差し支えありません。

従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表 別添表

サービス種別			事業所・施設名														基準上の必要職員数																												
定員	前年度の平均実利用者数		該当する体制等																																										
人員配置区分			第1週							第2週							第3週							第4週							4週合計	週平均の勤務時間	定勤換算後の人数												
職種	勤務形態	氏名	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															
合計			1週間に当該事業所・施設における定勤職員の勤務すべき時間数																																										
サービス提供時間																																													

- 注1 本表はサービスの種別ごとに作成してください。
- 注2 *欄は、当該月の曜日を記入してください。
- 注3 「人員配置区分」欄は、報酬算定上の区分を記載し、「該当する体制等」欄は、(別紙1)「介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる体制加算等の内容を記載してください(この際、(別紙1)「介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表」の記載内容と同様に記載してください。)
- 注4 「職種」欄は、直接サービス提供職員に係る職種を記載し、「勤務形態」欄は、①定勤・専従、②定勤・兼務、③非常勤・専従、④非常勤・兼務のいずれかを記載するとともに、加算等に係る職員の加配を区分した上、それぞれ1日あたりの勤務時間を記載してください。
- 注5 算出に当たっては、小数点以下第2位を切り捨ててください。
- 注6 当該事業所・施設に係る組織体制図を添付してください。
- 注7 各事業所・施設において利用している勤務制表等(変更の届出の場合は変更後の予定勤務制表等)により、届出の対象となる従業員の職種、勤務形態、氏名、当該業務の勤務時間及び看護職員と介護職員の配置状況(関係する場合は)が確認できる場合はその書類をもって添付書類として差し支えありません。

従業員の業務や役割及び勤務形態一覧表（第1次支援施設・1日1台）

サービステーション		サービステーション名（複数のサービステーションを設定する場合は記入してください。）、および平均的労働員数																												事業所・施設名		基準上の必要職員数		
業務	勤務形態	凡例	第1班							第2班							第3班							第4班							4月の合計	標準労働時間	労働員数	
			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				
合計																															労働力当回事業所・施設における労働員当たりの平均労働時間			

- H1 本部はサービステーションの機能ごとに作成してください。
- H2 *職名は、当該日の曜日を記入してください。
- H3 「人員配置状況」欄は、業務担当上の区分を記載し、「該当する稼働等」欄は、「別表1」(労働組合等の承認に係る稼働等状況一覧表)に掲げる稼働取組等の内容を記載してください(この際、「別表1」(労働組合等の承認に係る稼働等状況一覧表)の記載内容と同等に記載してください。)
- H4 「稼働」欄は、当該サービステーションの稼働状況を記載し、「稼働時間」欄は、定時労働、非常勤労働、臨時労働、業務代行のいずれかを記載する上ともに、加算等に係る職員の稼働状況を併記し、それぞれの日あたりの稼働時間も記載してください。
- H5 項目に当たっては、小數点以下第3位を切り捨ててください。
- H6 当該事業所・施設に係る稼働時間等を算出してください。
- H7 各事業所・施設において利用している労働時間等(定時の稼働時間)は労働組合の承認等(労働組合の承認等)により、項目の標準と異なる従業員の稼働、勤務形態、凡例、当該業務の業務内容及び有識者以上有識者以上の職員が担当する割合が確認できる場合はその書類をもって添付書類として差し支えありません。

従業員の業務や役割及び勤務形態一覧表（第1次支援施設・夜間型）

サービステーション		サービステーション名（複数のサービステーションを設定する場合は記入してください。）、および平均的労働員数																												事業所・施設名		基準上の必要職員数		
業務	勤務形態	凡例	第1班							第2班							第3班							第4班							4月の合計	標準労働時間	労働員数	
			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				
合計																															労働力当回事業所・施設における労働員当たりの平均労働時間			

- H1 本部はサービステーションの機能ごとに作成してください。
- H2 *職名は、当該日の曜日を記入してください。
- H3 「人員配置状況」欄は、業務担当上の区分を記載し、「該当する稼働等」欄は、「別表1」(労働組合等の承認に係る稼働等状況一覧表)に掲げる稼働取組等の内容を記載してください(この際、「別表1」(労働組合等の承認に係る稼働等状況一覧表)の記載内容と同等に記載してください。)
- H4 「稼働」欄は、当該サービステーションの稼働状況を記載し、「稼働時間」欄は、定時労働、非常勤労働、臨時労働、業務代行のいずれかを記載する上ともに、加算等に係る職員の稼働状況を併記し、それぞれの日あたりの稼働時間も記載してください。
- H5 項目に当たっては、小數点以下第3位を切り捨ててください。
- H6 当該事業所・施設に係る稼働時間等を算出してください。
- H7 各事業所・施設において利用している労働時間等(定時の稼働時間)は労働組合の承認等(労働組合の承認等)により、項目の標準と異なる従業員の稼働、勤務形態、凡例、当該業務の業務内容及び有識者以上有識者以上の職員が担当する割合が確認できる場合はその書類をもって添付書類として差し支えありません。

【視覚・聴覚言語障がい者支援体制加算 関係】

視覚障がい者又は聴覚言語障がい者の状況

サービスの種類		
事業所・施設の名称		
事業所・施設の所在地		
当該事業所の前年度の平均利用者数 (多機能型の場合は各事業の合計)		
うち30%にあたる人数		
視覚障がい者等の前年度の平均利用者数 (多機能型の場合は各事業の合計)		
氏名	手帳の種類	手帳の等級
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		

注1 「氏名」欄は、次に該当する利用者(本書において「視覚障がい者等」という。)を記載してください。

- ① 身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)第15条第4項の規定により交付を受けた身体障害者手帳の障がい程度が1級又は2級に該当し、日常生活におけるコミュニケーションや移動等に支障がある視覚障がい者を有する者
- ② 身体障害者手帳の障がいの程度が2級に該当し、日常生活におけるコミュニケーションに支障がある聴覚障がい者を有する者
- ③ 身体障害者手帳の障がいの程度が3級に該当し、日常生活におけるコミュニケーションに支障がある言語機能障がい者を有する者

注2 視覚障がい者等の前年度の平均利用者数(重度の視覚障がい、聴覚障がい、言語機能障がい又は知的障がいのうち2以上の障がい者を有する利用者については、当該利用者数に2を乗じて得た数。)が、事業所の平均利用者数の30%以上であって、かつ視覚障がい者等との意思疎通に関し専門性を有する職員を指定基準に加え、常勤換算方法で当該視覚障がい者等の数を50で除した数以上配置している場合には、視覚・聴覚言語障がい者等支援体制加算が適用されます。

【重度障がい者支援加算(施設入所支援) 関係】

重度障がい者の状況

サービスの種類	施設入所支援		
施設の名称			
複数のサービス提供単位を設定する場合はその単位名			
施設の所在地			
当該施設(又はサービス提供単位)の前年度の平均利用者数			
うち20%にあたる人数			
当該施設(又はサービス提供単位)の平均障がい支援区分			
下記の①に該当する者の前年度の平均利用者数			
下記の②に該当する者の前年度の平均利用者数			
氏名	①医師意見書により特別な医療が必要であるとされる者の該当の有無(該当者は受給者証に「重度支援(身体・基本)」と記載されています)	②区分6に該当し、かつ気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理が必要な者又は重症心身障がい者の該当の有無(該当者は受給者証に「重度支援(身体・重度)」と記載されています)	③強度行動障がい(行動関連項目10点以上)の有無(該当者は受給者証に「重度支援(知的)」と記載されています)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

注1 上記に記載した利用者については、加算対象の確認等のため、受給者証の写しを添付してください。

注2 上記①に該当する者の前年度の平均利用者数が施設の平均利用者数の20%以上であって、かつ看護職員又は生活支援員を指定基準に加えて、常勤換算方法で1人以上配置している場合に、重度障がい者支援加算(Ⅰ)が適用されます。さらに、②に該当する者の前年度の平均利用者数が2人以上の場合に、所定単位数に22単位の加算が適用されます。

注3 指定基準上の人員と生活介護の人員配置体制加算により配置される人員に加えて、強度行動障がい支援者養成研修(実践研修及び基礎研修)修了者を常勤換算方法で0.5～1人以上配置している場合に、③の利用者1人につき、重度障がい者支援加算(Ⅱ)が適用されます。

※ 重度障がい者支援加算(Ⅰ)を算定している施設は、重度障がい者支援加算(Ⅱ)は算定できません。

重度障がい者支援加算(Ⅱ)に関する届出書

事業所・施設の名称	
1 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了
2 配置状況① (実践研修修了者)	1 強度行動障がい支援者養成研修(実践研修)修了者 配置 (行動援護従業者養成研修修了者を配置した場合を含む) 2 強度行動障がい支援者養成研修(実践研修)受講予定者 配置 (研修受講計画作成済み)
3 配置状況② (基礎研修修了者)	1 強度行動障がい支援者養成研修(基礎研修)修了者 配置 (重度訪問介護従業者養成研修行動障がい支援課程修了者 又は行動援護従業者養成研修修了者を配置した場合を含む) 2 強度行動障がい支援者養成研修(基礎研修)受講予定者 配置 (研修受講計画作成済み)
配置人数	<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></div> 人 ※ 指定基準上の人員と生活介護の人員配置体制加算により配置される人員に加え、基礎研修修了者を配置する必要があることに留意すること。

- 備考1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。
- 2 「配置人数」には常勤換算方法による研修修了者数を記載してください。
- 3 実践研修・基礎研修共に、研修修了者については修了証の写しを、受講予定者については研修受講計画の写しを別途添付してください。

障害基礎年金1級を受給する利用者の状況(重度者支援体制加算に係る届出書)

当該施設の前年度の平均実利用者 (A)			
うち障害基礎年金1級を受給する利用者 (B)			
(B) / (A) (C)			
重度者支援体制加算		(Ⅰ) 50%～	(Ⅱ) 25%～50%
氏 名			
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

注1. 本表は前年度の障害基礎年金1級を受給する利用者を記載してください。

注2. 重度者支援体制加算を算定する場合に作成し、知事に届け出てください。

就労移行支援体制加算に関する届出書

前年度における就労定着者の数

	氏 名	就 職 日	就職先事業所名	前年度において 6月に達した日	届出時点の継続状 況
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

注1 届出時点の継続状況には、就労が継続している場合には「継続」、離職している場合には「離職」と記入。

注2 加算単位数は前年度の就労定着支援者の数に利用定員に応じた所定単位数を乗じて得た単位数を加算することとなる。

注3 行が足りない場合は適宜追加して記載。

【食事提供体制加算 関係】

食事提供に係る体制

サービスの種類						
事業所・施設の名称						
事業所・施設の所在地						
食事 の 提 供 体 制	食事提供に係る 人員配置	管理栄養士	常勤	人	非常勤	人
		栄養士	常勤	人	非常勤	人
		調理員	常勤	人	非常勤	人
		その他()	常勤	人	非常勤	人
		その他()	常勤	人	非常勤	人
	業務委託の内容	業務委託先				
		委託業務の内容				
	業務委託部分	適切な食事提供の確保方策				

注1 業務委託を行っている場合の「食事提供に係る人員配置」欄は、適切な食事提供が行われるための管理等に関わる事業所・施設の職員を記載してください。

注2 業務委託を行う場合の「適切な食事提供の確保方策」欄は、献立に関する事業所・施設の関与、委託先から事業所・施設への食事の運搬方法、適時適温への配慮など、自己調理する場合に通常確保される提供体制に相当するものへの対応の概略を記載してください。

【短期滞在加算及び精神障がい者退院支援施設加算 関係】

短期滞在及び精神障がい者退院支援施設に係る体制

サービスの種類			
事業所・施設の名称			
事業所・施設の所在地			
設備	定員		人
	居室数		1人当たりの居室面積
	個室	室	m ²
	2人部屋	室	m ²
	3人部屋	室	m ²
	4人部屋	室	m ²
		室	m ²
その他の設備			
(基準上必要な設備：浴室、洗面設備、トイレ、その他)			
夜間の支援体制	夜間支援を行う職員の配置状況 (いずれか該当する方に○を付けてください。)	夜間の時間帯を通じて、生活支援員を1人以上配置 (短期滞在加算(Ⅰ)又は精神障がい者退院支援施設加算(Ⅰ)が適用されます)	
		夜間の時間帯を通じて、宿直勤務を行う職員を1人以上配置 (短期滞在加算(Ⅱ)又は精神障がい者退院支援施設加算(Ⅱ)が適用されます)	
	連携施設の名称		
	夜間の支援体制の内容		

注1 「居室数」欄は、居室の定員規模ごとに、居室数及び当該居室の1人当たりの床面積を記載し、居室の総定員が定員欄の値と等しくなるように記載してください。

注2 「その他の設備」欄は、居室以外の利用者が利用する設備の内容を具体的に記載してください。

注3 「夜間の支援体制」欄は、夜間における支援の内容、他の社会福祉施設等との連携の状況等を具体的に記載してください。

共同生活援助の重度障がい者支援加算に係る届出書
(兼・年度強度行動障がい支援者養成研修等受講計画)

事業所の名称					
事業所の所在地					
連絡先	電話番号				担当者名
	FAX番号				
職員配置			研修の受講状況		
職種	氏名	強度行動障がい支援者養成研修(基礎研修)	強度行動障がい支援者養成研修(実践研修)	喀痰吸引等研修(第1号又は第2号)	喀痰吸引等研修(第3号)

今年度の研修要件① (※1)を満たしている者の数	生活支援員の数	うち今年度の研修要件②(※2)を満たしている者の数及び割合

(※1) サービス管理責任者又は生活支援員のうち1名以上が、強度行動障がい支援者養成研修(実践)又は喀痰吸引等研修(第2号)修了者であること。ただし、平成30年度までは一定の経過措置あり。

(※2) 生活支援員のうち20%以上が、強度行動障がい支援者養成研修(基礎)又は喀痰吸引等研修(第3号)修了者であること。ただし、平成30年度までは一定の経過措置あり。

注1 「職員配置」欄は、サービス管理責任者又は生活支援員として従事する当該事業所の全ての職員について記載してください。

注2 「職種」欄は、サービス管理責任者又は生活支援員の別を記載してください。(世話人等は含まれません。)

注3 サービス管理責任者と生活支援員を兼務する者については、同じ者であっても、サービス管理責任者と生活支援員それぞれ別に記載してください。

注4 「研修の受講状況」欄には、①受講が修了又は受講中の場合は「有」を、②受講しておらず年度内に受講予定もない場合は「無」又は空欄を、③今後受講予定の場合(当該年度内に限る。)は受講予定月(受講月が未定の場合は目標とする月)を記載してください。

注5 職員が看護師又は准看護師の場合は、「喀痰吸引等研修」欄に「看護師」又は「准看護師」と記載してください。

注6 職員が既に重度訪問介護従業者養成研修行動障がい支援課程を修了している場合又は今後受講予定(当該年度内に限る。)の場合は、強度行動障がい支援者養成研修(基礎)を修了又は受講予定とみなし、また、職員が既に行動援護従業者養成研修の課程を修了している場合又は今後受講予定(当該年度内に限る。)の場合は、強度行動障がい支援者養成研修(基礎及び実践)を修了又は受講予定とみなし、「強度行動障がい者支援者養成研修」欄に「有」又は受講予定月を記載してください。

別紙9付表 削除

別紙10 削除

(共同生活援助)夜間支援等体制加算届出書

事業所番号							
事業所名							
事業所の所在地							
連絡先	電話番号	担当者名					
	FAX番号						
夜間支援等 体制加算 (Ⅰ)・(Ⅱ)	1 夜間支援体制の確保が必要な理由						
	2 夜間支援の対象者数及び夜間支援従事者の配置状況	共同生活住居名	夜間支援の対象者数(人)	1人の夜間支援従事者が支援を行う利用者の数(人)			当該住居で想定される夜間支援体制(夜勤・宿直)
				夜間支援従事者①	夜間支援従事者②	夜間支援従事者③	
		合計					
	3 夜間支援従事者を配置している場所	夜間支援従事者①					
		夜間支援従事者②					
		夜間支援従事者③					
	4 配置場所から最も離れた共同生活住居までの移動時間(複数の共同生活住居の夜間支援を行っている場合)	夜間支援従事者①					
		夜間支援従事者②					
夜間支援従事者③							
5 配置場所とグループホームとの間の連絡体制(非常通報装置・携帯電話等)(複数の共同生活住居の夜間支援を行っている場合)	夜間支援従事者①						
	夜間支援従事者②						
	夜間支援従事者③						
6 夜間支援体制を確保している夜間及び深夜の時間帯							
7 備考							
夜間支援等 体制加算 (Ⅲ)	1 住居名						
	2 夜間における防災体制の内容(契約内容等)						
	3 利用者の緊急事態等に対応するための連絡体制・支援体制の確保の具体的方法						
	4 備考						

注1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けるなどして記載してください。

注2 日によって異なる夜間支援体制をとる場合(例えば「平日は夜勤、土日祝日は宿直」など)には、複数枚に書き分けるなど、それぞれの夜間支援体制について記載してください。

注3 夜間支援等体制加算(Ⅰ)・(Ⅱ)の2の「夜間支援の対象者数(人)」欄には、当該共同生活住居における前年度の平均利用者数(新設の場合は推定数)を記入してください。また、前年度の平均利用者数の算定に当たって小数点以下の端数が生じる場合は、小数点第1位を四捨五入してください。

注4 夜間支援等体制加算(Ⅰ)・(Ⅱ)の3の「夜間支援従事者を配置している場所」欄について、1人の夜間支援従事者が複数の住居で支援を行う場合は、当該従事者の主たる配置場所を記入してください。

注5 夜間支援等体制加算(Ⅰ)・(Ⅱ)の6の「夜間支援体制を確保している夜間及び深夜の時間帯」欄について、共同生活住居ごとに時間帯が異なる場合は、共同生活住居ごとに記載してください。

注6 夜間支援等体制加算(Ⅲ)については、2、3のいずれか、又は両方を記載してください。

注7 夜間支援等体制加算(Ⅲ)の2については、事業所の人員体制や利用者との連絡体制を含め、具体的に記入してください。

別紙12 削除

別紙13 削除

別紙14その1 削除

別紙14その2 削除

別紙14その3 削除

特定事業所加算に係る届出書(居宅介護)

事業所名		異動区分	① 新規 ② 変更 ③ 終了
届出項目	① 特定事業所加算(I) ② 特定事業所加算(II) ③ 特定事業所加算(III) ④ 特定事業所加算(IV)		

〔 体 制 要 件 〕

①ーア 個別の居宅介護従業者に係る研修計画を策定し、当該計画に従い、研修を実施している、又は実施することが予定されている。	有 ・ 無
①ーイ 個別のサービス提供責任者に係る研修計画を策定し、当該計画に従い、研修を実施している、又は実施することが予定されている。	有 ・ 無
② 居宅介護従業者の技術指導等を目的とした会議を定期的で開催している。	有 ・ 無
③ サービス提供責任者と居宅介護従業者との間の情報伝達及び報告体制を整備している。	有 ・ 無
④ 居宅介護従業者に対する健康診断の定期的な実施体制を整備している。	有 ・ 無
⑤ 緊急時等における対応方法を利用者に明示している。	有 ・ 無
⑥ 新規に採用した全ての居宅介護従業者に対し、熟練した居宅介護従業者の同行による研修を実施している。	有 ・ 無

〔 人 材 要 件 〕

①居宅介護従業者に関する要件について

下表の(1)については必ず記載すること。(2)・(3)・(4)についてはいずれかを記載することで可。

		常勤換算職員数	サービス提供時間		
(1)	居宅介護従業者の総数	人	時間		
(2)	(1)のうち介護福祉士の総数	人		→ (1)に占める(2)の割合が30%以上	有 ・ 無
(3)	(1)のうち介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者及び1級課程修了者の総数	人		→ (1)に占める(3)の割合が50%以上	有 ・ 無
(4)	前年度又は前3月間におけるサービス提供時間のうち、常勤の居宅介護従業者によるサービス提供の総時間数		時間	→ (1)に占める(4)の割合が40%以上	有 ・ 無

②サービス提供責任者に関する要件について

全てのサービス提供責任者が3年以上の介護等の実務経験を有する介護福祉士又は5年以上の実務経験を有する実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者若しくは1級課程修了者である

月延べサービス提供時間	時間	居宅介護従業者の数	人
		職員数	常勤換算職員数
サービス提供責任者	常勤	人	
	非常勤	人	人

〔 重 度 障 が い 者 対 応 要 件 〕

① 前年度又は前3月の期間における利用者(障がい児を除く。)の総数のうち、障がい支援区分5以上である者及びたんの吸引等が必要な者が占める割合が30%以上	有 ・ 無
② 前年度又は前3月の期間における利用者(障がい児を除く。)の総数のうち、障がい支援区分4以上である者及びたんの吸引等が必要な者が占める割合が50%以上	有 ・ 無

備考1 「異動区分」、「届出項目」欄については、該当する番号に○を付してください。

2 ここでのいう常勤とは、「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に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準について(平成18年12月6日厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)」第二の2の(3)に定義する「常勤」をいう。

3 それぞれの要件について根拠となる(要件を満たすことが分かる)書類も提出してください。

特定事業所加算に係る届出書(重度訪問介護)

事業所名	異動区分	① 新規 ② 変更 ③ 終了
届出項目	① 特定事業所加算(Ⅰ) ② 特定事業所加算(Ⅱ) ③ 特定事業所加算(Ⅲ)	

[体 制 要 件]

- ① 個別の重度訪問介護従業者に係る研修計画を策定し、当該計画に従い、研修を実施している、又は実施することが予定されている。
- ② 重度訪問介護従業者の技術指導等を目的とした会議を定期的で開催している。又は、サービス提供責任者が重度訪問介護従業者に対して、個別に技術指導等を目的とした研修を必要に応じて行っている。
- ③ サービス提供責任者が重度訪問介護従業者に対して、毎月定期的に利用者に関する情報やサービス提供に当たった際の留意事項を伝達している。(変更があった場合を含む。)
- ④ 重度訪問介護従業者に対する健康診断の定期的な実施体制を整備している。
- ⑤ 緊急時等における対応方法を利用者に明示している。
- ⑥ 新規に採用した全ての重度訪問介護従業者に対し、熟練した重度訪問介護従業者の同行による研修を実施している。
- ⑦ 重度訪問介護従業者の24時間派遣が可能となっており、現に深夜帯も含めてサービス提供している。

有・無
有・無
有・無
有・無
有・無
有・無
有・無

[人 材 要 件]

① 重度訪問介護従業者に関する要件について

下表の(1)については必ず記載すること。(2)・(3)・(4)についてはいずれかを記載することで可。

		常勤換算職員数	サービス提供時間	
(1)	重度訪問介護従業者の総数	人	時間	
(2)	(1)のうち介護福祉士の総数	人		→ (1)に占める(2)の割合が30%以上
(3)	(1)のうち介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者及び1級課程修了者の総数	人		→ (1)に占める(3)の割合が50%以上
(4)	前年度又は前3月の期間におけるサービス提供時間のうち、常勤の重度訪問介護従業者によるサービス提供の総時間数		時間	→ (1)に占める(4)の割合が40%以上

有・無
有・無
有・無

② サービス提供責任者に関する要件について

全てのサービス提供責任者が3年以上の介護等の実務経験を有する介護福祉士若しくは5年以上の実務経験を有する実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者若しくは1級課程修了者又は6,000時間以上の重度訪問介護の実務経験を有する者である

有・無

月延バサービス提供時間	時間	重度訪問介護従業者の数	人
サービス提供責任者	職員数		常勤換算職員数
	(1)総数	人	人
	(2)常勤	人	
	(3)非常勤	人	人

[重 度 障 が い 者 対 応 要 件]

前年度又は前3月の期間における利用者(障がい児を除く)の総数のうち、障がい支援区分5以上である者及びたんの吸引等が必要な者が占める割合が50%以上

有・無

備考1 「異動区分」、「届出項目」欄については、該当する番号に○を付してください。

2 ここでのいう常勤とは、「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に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準について(平成18年12月6日厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)」第二の2の(3)に定義する「常勤」をいう。

3 それぞれの要件について根拠となる(要件を満たすことが分かる)書類も提出してください。

特定事業所加算に係る届出書(行動援護)

事業所名	異動区分	① 新規 ② 変更 ③ 終了
届出項目	① 特定事業所加算(I) ② 特定事業所加算(II) ③ 特定事業所加算(III) ④ 特定事業所加算(IV)	

〔体制要件〕

- ①—ア 個別の行動援護従業者に係る研修計画を策定し、当該計画に従い、研修を実施している、又は実施することが予定されている。 有・無
- ①—イ 個別のサービス提供責任者に係る研修計画を策定し、当該計画に従い、研修を実施している、又は実施することが予定されている。 有・無
- ② 行動援護従業者の技術指導等を目的とした会議を定期的で開催している。 有・無
- ③ サービス提供責任者と行動援護従業者との間の情報伝達及び報告体制を整備している。 有・無
- ④ 行動援護従業者に対する健康診断の定期的な実施体制を整備している。 有・無
- ⑤ 緊急時等における対応方法を利用者にも明示している。 有・無
- ⑥ 新規に採用した全ての行動援護介護従業者に対し、熟練した行動援護従業者の同行による研修を実施している。 有・無

〔人材要件〕

①行動援護従業者に関する要件について
 下表の(1)については必ず記載すること。(2)・(3)・(4)についてはいずれかを記載することで可。

		常勤換算職員数	サービス提供時間		
(1)	行動援護従業者の総数	人	時間		
(2)	(1)のうち介護福祉士の総数	人		→ (1)に占める(2)の割合が30%以上	有・無
(3)	(1)のうち介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者及び1級課程修了者の総数	人		→ (1)に占める(3)の割合が50%以上	有・無
(4)	前年度又は前3月の期間におけるサービス提供時間のうち、常勤の行動援護従業者によるサービス提供の総時間数		時間	→ (1)に占める(4)の割合が40%以上	有・無

②サービス提供責任者に関する要件について

全てのサービス提供責任者が3年以上の介護等の実務経験を有する介護福祉士又は5年以上の実務経験を有する実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者若しくは1級課程修了者である

月延べサービス提供時間	時間	行動援護従業者の数	人
		職員数	常勤換算職員数
サービス提供責任者	常勤	人	
	非常勤	人	人

〔重度障がい者対応要件〕

- ① 前年度又は前3月の期間における利用者(障がい児を除く。)の総数のうち、障がい支援区分5以上である者及びたんの吸引等が必要な者が占める割合が30%以上 有・無
- ② 前年度又は前3月の期間における利用者(障がい児を除く。)の総数のうち、障がい支援区分4以上である者及びたんの吸引等が必要な者が占める割合が50%以上 有・無

備考1 「異動区分」、「届出項目」欄については、該当する番号に○を付してください。

2 ここでいう常勤とは、「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に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準について(平成18年12月6日厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)」第二の2の(3)に定義する「常勤」をいう。

3 それぞれの要件について根拠となる(要件を満たすことが分かる)書類も提出してください。

特定事業所加算に係る届出書(同行援護)

事業所名	異動区分	① 新規 ② 変更 ③ 終了
届出項目	① 特定事業所加算(I) ② 特定事業所加算(II) ③ 特定事業所加算(III) ④ 特定事業所加算(IV)	

〔体制要件〕

- ①ア 個別の同行援護従業者に係る研修計画を策定し、当該計画に従い、研修を実施している、又は実施することが予定されている。 有・無
- ①イ 個別のサービス提供責任者に係る研修計画を策定し、当該計画に従い、研修を実施している、又は実施することが予定されている。 有・無
- ② 同行援護従業者の技術指導等を目的とした会議を定期的開催している。 有・無
- ③ サービス提供責任者と同行援護従業者との間の情報伝達及び報告体制を整備している。 有・無
- ④ 同行援護従業者に対する健康診断の定期的な実施体制を整備している。 有・無
- ⑤ 緊急時等における対応方法を利用者に明示している。 有・無
- ⑥ 新規に採用した全ての同行援護介護従業者に対し、熟練した同行援護従業者の同行による研修を実施している。 有・無

〔人材要件〕

①同行援護従業者に関する要件について
 下表の(1)については必ず記載すること。(2)・(3)・(4)についてはいずれかを記載すること可。

		常勤換算職員数	サービス提供時間		
(1)	同行援護従業者の総数	人	時間		
(2)	(1)のうち介護福祉士の総数	人		→ (1)に占める(2)の割合が30%以上	有・無
(3)	(1)のうち介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者及び1級課程修了者の総数	人		→ (1)に占める(3)の割合が50%以上	有・無
(4)	前年度又は前3月の期間におけるサービス提供時間のうち、常勤の同行援護従業者によるサービス提供の総時間数		時間	→ (1)に占める(4)の割合が40%以上	有・無

②サービス提供責任者に関する要件について
 全てのサービス提供責任者が3年以上の介護等の実務経験を有する介護福祉士、国立障害者リハビリテーションセンター学院視覚障害学科修了者等又は5年以上の実務経験を有する実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者若しくは1級課程修了者である。 有・無

月延べサービス提供時間	時間	同行援護従業者の数	人
サービス提供責任者	職員数		常勤換算職員数
	常勤	人	
	非常勤	人	人

〔重度障がい者対応要件〕

- ① 前年度又は前3月の期間における利用者(障がい児を除く。)の総数のうち、障がい支援区分5以上である者及びたんの吸引等が必要な者が占める割合が30%以上 有・無
- ② 前年度又は前3月の期間における利用者(障がい児を除く。)の総数のうち、障がい支援区分4以上である者及びたんの吸引等が必要な者が占める割合が50%以上 有・無

備考1 「異動区分」、「届出項目」欄については、該当する番号に○を付してください。
 2 ここでいう常勤とは、「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に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準について(平成18年12月6日厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)第二の2の(3)に定義する「常勤」をいう。
 3 それぞれの要件について根拠となる(要件を満たすことが分かる)書類も提出してください。

年 月 日

人員配置体制加算に関する届出書

事業所・施設の名称									
1 異動区分	1 新規	2 変更	3 終了						
2 申請する加算区分	人員配置体制加算(I ・ II ・ III)								
3 利用者数	<table border="1"> <tr> <td>前年度の利用者数の 平均値</td> <td>人</td> </tr> </table>			前年度の利用者数の 平均値	人				
前年度の利用者数の 平均値	人								
4 人員配置の状況	<table border="1"> <tr> <td>常勤</td> <td>非常勤</td> <td>合計</td> </tr> <tr> <td>人</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> </table>			常勤	非常勤	合計	人	人	人
常勤	非常勤	合計							
人	人	人							
5 人員体制	常勤換算で(1.7:1 ・ 2:1 ・ 2.5:1)以上								

- 備考1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。
- 2 「申請する加算区分」欄は、該当する番号(I～III)に○を付してください。
- 3 「利用者数」欄は、共生型障がい福祉サービス事業所の場合においては、障がい児者及び要介護者の合計数を記載してください。
- 4 「人員配置の状況」欄の非常勤には常勤換算方法による職員数を記載してください。
- 5 「人員体制」欄は、該当する人員体制に○を付してください。
- 6 ここでいう常勤とは、「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に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準について(平成18年12月6日厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)」第二の2の(3)に定義する「常勤」をいう。

年 月 日

人員配置体制加算に関する届出書

事業所の名称									
1 異動区分	1 新規	2 変更	3 終了						
2 申請する加算区分	人員配置体制加算(I ・ II)								
3 利用者数	<table border="1"> <tr> <td>前年度の利用者数の 平均値</td> <td>人</td> </tr> </table>			前年度の利用者数の 平均値	人				
前年度の利用者数の 平均値	人								
4 人員配置の状況	<table border="1"> <tr> <td>常勤</td> <td>非常勤</td> <td>合計</td> </tr> <tr> <td>人</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> </table>			常勤	非常勤	合計	人	人	人
常勤	非常勤	合計							
人	人	人							
5 人員体制	常勤換算で(1.7 : 1 ・ 2.5 : 1)以上								

備考1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

2 「申請する加算区分」欄は、該当する番号(I～II)に○を付してください。

3 「人員配置の状況」欄の非常勤には常勤換算方法による職員数を記載してください。

4 「人員体制」欄には、該当する人員体制に○を付してください。

5 ここでいう常勤とは、「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に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準について(平成18年12月6日厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)」第二の2の(3)に定義する「常勤」をいう。

6 人員配置体制加算を算定できる事業所は、平成24年3月31日において現に存する重症心身障がい児施設又は指定医療機関が指定療養介護事業所に転換する場合であって、経過的療養介護サービス費(I)又は療養介護サービス費(II)を算定している事業所のうち、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たしているものです。

福祉専門職員配置等加算に関する届出書

1 事業所・施設の名称			
2 異動区分	1 新規	2 変更	3 終了
3 届出項目	1 福祉専門職員配置等加算(Ⅰ)	※有資格者35%以上	
	2 福祉専門職員配置等加算(Ⅱ)	※有資格者25%以上	
	3 福祉専門職員配置等加算(Ⅲ)	※常勤職員が75%以上又は勤続3年以上の常勤職員が30%以上	

4 社会福祉士等の状況	① 生活支援員等の総数(常勤)	人	→ ①に占める②の割合が25%又は35%以上	有・無
	② ①のうち社会福祉士等の総数(常勤)	人		
5 常勤職員の状況	① 生活支援員等の総数(常勤換算)	人	→ ①に占める②の割合が75%以上	有・無
	② ①のうち常勤の者の数	人		
6 勤続年数の状況	① 生活支援員等の総数(常勤)	人	→ ①に占める②の割合が30%以上	有・無
	② ①のうち勤続年数3年以上の者の数	人		

備考1 「異動区分」、「届出項目」欄については、該当する番号に○を付してください。

2 ここでいう常勤とは、「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に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準について(平成18年12月6日厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)」第二の2の(3)に定義する「常勤」をいう。

3 ここでいう生活支援員等とは、

- 療養介護にあつては、生活支援員
- 生活介護にあつては、生活支援員又は共生型生活介護従事者
- 自立訓練(機能訓練)にあつては、生活支援員又は共生型自立訓練(機能訓練)従事者
- 自立訓練(生活訓練)にあつては、生活支援員又は地域移行支援員
- 就労移行支援にあつては、職業指導員、生活支援員又は就労支援員
- 就労継続支援A型・B型にあつては、職業指導員又は生活支援員
- 自立生活援助にあつては、地域生活支援員
- 共同生活援助にあつては、世話人又は生活支援員(外部サービス利用型にあつては世話人)
- 児童発達支援にあつては、加算(Ⅰ)(Ⅱ)においては児童指導員、障がい福祉サービス経験者又は共生型児童発達支援従事者、加算(Ⅲ)においては児童指導員、保育士若しくは障がい福祉サービス経験者又は共生型児童発達支援従事者
- 医療型児童発達支援にあつては、加算(Ⅰ)(Ⅱ)においては児童指導員又は指定発達支援医療機関の職員、加算(Ⅲ)においては児童指導員、保育士又は指定発達支援医療機関の職員
- 放課後等デイサービスにあつては、(Ⅰ)(Ⅱ)においては児童指導員、障がい福祉サービス経験者又は共生型放課後等デイサービス従事者、加算(Ⅲ)においては児童指導員、保育士若しくは障がい福祉サービス経験者又は共生型放課後等デイサービス従事者のことをいう。

福祉専門職員配置等加算に関する届出書
(共生型短期入所)

1 事業所・施設の名称	
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了
3 届出項目	1 福祉専門職員配置等加算(Ⅰ) ※有資格者35%以上 2 福祉専門職員配置等加算(Ⅱ) ※有資格者25%以上

4 社会福祉士等の状況	① 従業員の総数	人	→ ①に占める②の割合が 25%又は35%以上	有・無
	② ①のうち社会福祉士等の 総数	人		
5 地域に貢献する 活動の内容				有・無

備考1 「異動区分」、「届出項目」欄については、該当する番号に○を付してください。

2 ここでいう従業員とは、共生型短期入所の指定を受ける介護保険制度における指定短期入所事業所、指定介護予防入所生活介護事業所、指定小規模多機能型居宅介護事業所等の従業員をいう。

3 ここでいう地域に貢献する活動とは、「地域の交流の場(開放スペースや交流会等)の提供」、「認知症カフェ・食堂等の設置」、「地域住民が参加できるイベントやお祭り等の開催」、「地域のボランティアの受入れや活動(保育所等における清掃活動等)の実施」、「協議会等を設けて地域住民が事業所の運営への参加」、「地域住民への健康相談教室・研修会」などをいう。

栄養士配置加算及び栄養マネジメント加算に関する届出書

事業所・施設の名称			
1 異動区分	① 新規	② 変更	③ 終了
2 栄養士配置の状況	常勤		非常勤
	管理栄養士	人	人
	栄養士	人	人
3 栄養マネジメントの状況	常勤の管理栄養士		人
	栄養マネジメントに関わる者		
	職種	氏名	
	医師		
	管理栄養士		
	看護師		

備考1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

2 「栄養マネジメントに関わる者」には、共同で栄養ケア計画を作成している者の職種及び氏名を記入してください。

年 月 日

夜勤職員配置体制加算に関する届出書

事業所・施設の名称	
1 異動区分	① 新規 ② 変更 ③ 終了
2 申請する定員区分	1 定員21人以上40人以下
	2 定員41人以上60人以下
	3 定員61人以上
3 夜勤職員配置の状況	人

備考1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

2 「申請する定員区分」欄については、該当する番号(1~3)に○を付してください。

3 「夜勤職員配置の状況」欄については、施設入所支援を提供する時間に配置している職員の数を記載してください。

年 月 日

夜間看護体制加算に関する届出書

事業所・施設の名称			
1 異動区分	① 新規	② 変更	③ 終了
2 看護職員の配置状況	看護職員の総数	うち夜勤体制	施設入所支援の時間帯をおとした体制を記載(延べ人数ではない)
	人	人体制	

備考1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

2 「看護職員の配置状況」欄については、当該施設における看護職員総数(実数)と施設入所支援を提供する時間における看護体制を記載してください。

3 看護職員の総数については、常勤換算の人数を記載してください。

地域移行支援体制強化加算及び通勤者生活支援加算に係る体制
(宿泊型自立訓練)

事業所番号			
事業所の名称			
事業所の所在地			
異動区分		1 新規	2 変更
		3 終了	
連絡先	電話番号	担当者名	
	FAX番号		
前年度の平均利用者数(人)			
地域移行支援に係る体制	従業者の職種・員数		地域移行支援員
	従業者数	常勤(人)	
		非常勤(人)	
	常勤換算後の人数(人)		
	加算算定上の必要人数(人)		
前年度の平均利用者数のうち50%(人)			
通勤者生活支援に係る体制	氏名		雇用されている事業所名
	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 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

注2 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄には推定数を記入してください。

注3 「加算算定上の必要人数」欄には、記入しないでください。

注4 「通勤者生活支援に係る体制」欄には、通常の事業所に雇用されている者を記入してください。

別紙22 削除

実務経験及び研修証明書

様

番 号
年 月 日

施設又は事業所の所在地及び名称

代表者氏名
(記名押印又は署名)

電話番号

下記の者の就労支援の実務経験又は研修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	
実務経験の施設又は事業所名	施設・事業所の種別()
実務経験期間	年 月 日～ 年 月 日(年 月間)
業務内容	職名()
研修名	研修実施主体名
研修修了年月日	年 月 日

- (注) 1. 「実務経験の施設又は事業所名」欄には、施設又は事業所の種別も記入すること。
2. 「実務経験期間」欄は、証明を受ける者が障がい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。)
3. 「業務内容」欄は、本来業務について、施設における就労支援に関する業務を具体的に記入すること。
4. 研修修了証(又は研修を修了したことを証明できる書類)を添付すること。
5. 証明内容を訂正した場合は、証明権者の職印を押印すること。なお、修正液による訂正は認められません。
6. 就労支援関係研修修了加算を算定する場合に作成し、知事に届け出ること。

目標工賃達成指導員対象施設の配置状況

当該施設・事業所の前年度の利用者数の平均値……(A)	
職業指導員及び生活支援員の数 $\{(A) \div 7.5\}$ ……(B)	
職業指導員及び生活支援員に目標工賃達成指導員を加えた数 $\{(A) \div 6\}$ ……(C)	

職業指導員及び生活支援員の氏名		常勤換算後の人数
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
合計	(B) ≤	①

目標工賃達成指導員の氏名		常勤換算後の人数
1		
2		
3		
4		
5		
合計	常勤換算1.0 ≤	②

職業指導員及び生活支援員に目標工賃達成指導員を加えた常勤換算後の人数	(C) ≤	①+②
------------------------------------	-------	-----

注1：(A)は前年度の利用者数の延数を当該前年度の開所日数で除して得た数とする(少数点第2位以下切り上げ)。1年未満の実績しかない場合は、便宜上定員の90%を利用者数とする。

注2：(B)は前年度の利用者数の平均値を7.5で除して得た数とする。(C)は前年度の利用者数の平均値を6で除して得た数とする。

注3：目標工賃達成指導員加算を算定する場合に作成し、知事に届け出ること。

別紙25 削除

延長支援加算体制届出書

施設種別	
施設名	
定員	
運営規定上の営業時間	

	氏名	年齢	利用時間	備考
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

※ 運営規程の営業時間を超えて支援を行うものとして、加算を算定する場合に届け出ること。

※ 延長支援加算を算定する障がい者に係る生活介護計画書を添付すること。

送迎加算に関する届出書

事業所・施設の名称	
1 異動区分	① 新規 ② 変更 ③ 終了
2 送迎の状況① (全サービス)	1 当該事業所において行われる通所サービス等の利用につき、利用者の送迎を行っている。
3 送迎の状況② (短期入所、重度障がい等包括支援以外)	1 1回の送迎につき、平均10人以上(ただし、利用定員が20人未満の事業所にあつては、1回の送迎につき、平均的に定員の100分の50以上)が利用している。
	2 週3回以上の送迎を実施している。
4 送迎の状況③ (生活介護のみ)	1 送迎を利用する者のうち、区分5若しくは区分6に該当する者又はこれに準ずる者が100分の60以上。
	2 1には該当しない。

- 備考 1. 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。
 2. 「送迎の状況②」欄については、両方に該当する場合は両方に○を付してください。

別紙28 削除

通勤者生活支援加算に係る体制(共同生活援助)

事業所番号			
事業所の名称			
事業所の所在地			
異動区分		1 新規	2 変更
		3 終了	
連絡先	電話番号		担当者名
	FAX番号		
前年度の平均利用者数(人)			
通勤者生活支援に係る体制	前年度の平均利用者数のうち50%(人)		
		氏名	雇用されている事業所名
	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 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付けてください。

注2 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄には推定数を記入してください。

注3 「通勤者生活支援に係る体制」欄には、通常の事業所に雇用されている者を記入してください。

看護職員配置加算に係る届出書

事業所番号				
事業所の名称				
事業所の所在地				
異動区分		1 新規	2 変更	3 終了
連絡先	電話番号			担当者名
	FAX番号			
看護職員の配置状況	保健師	常勤換算	人	
	看護師	常勤換算	人	
	准看護師	常勤換算	人	

注1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

注2 看護職員の資格を証する書類の写しを添付してください。

看護職員配置加算に係る届出書(共同生活援助)

事業所番号				
事業所の名称				
事業所の所在地				
異動区分		1 新規	2 変更	3 終了
連絡先	電話番号			担当者名
	FAX番号			
看護職員の配置状況		常勤	非常勤	合計
	実人員	人	人	人
	常勤換算方法による員数	人	人	Ⓐ 人
利用者の数	前年度の利用者の平均			人
看護職員の必要数	利用者の数を20で除した数 (Ⓐ \geq Ⓑ であること)	Ⓑ		人

注1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

注2 看護職員の資格を証する書類の写しを添付してください。

施設外支援実施状況(移行準備支援体制加算(1)に係る届出書)

当該施設の前年度の利用定員 (A)			
うち施設外支援実施利用者 (B)			
施設外支援実施率(B / A) (C)			
氏 名		職場実習等	求職活動等
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

注1. 本表は前年度に施設外支援を実施した利用者を記載すること。

注2. 移行準備支援体制加算(1)を算定する場合に作成し、知事に届け出ること。

地域生活移行個別支援特別加算に係る届出書

年 月 日

(事業所)

事業所番号																
名称																
所在地																
サービス種別																

異動区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 (適用年月日: 年 月 日)															
配置職員	氏名															
	資格	<input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 公認心理師														
(障がい者支援施設) 精神科を担当する 医師による 定期的な指導	担当医師	氏名														
		所属														
	一月の指導回数	回 (2回以上)														
対象障がい者等の支援に関する研修の内容(概要)	実施年月日 年 月 日															
	参加者数 人															
関係機関との協力体制(概要)																

- 注 1 事業所の種別に応じた「指定に係る記載事項」(付表)、「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」(加算に係る配置職員を記載)及び組織体制図を添付すること。
- 2 加算に係る配置職員の資格を証する書類の写しを添付すること。
- 3 医師が嘱託による場合は嘱託契約書の写しを添付すること。
- 4 配置職員や医師等、届出内容に変更が生じたときは速やかに本様式により届け出ること。
- 5 加算を算定できなくなったときは、「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」により届け出ること。

医療連携体制加算(V)に関する届出書

事業所番号		
事業所の名称		
事業所所在地		
異動区分	1 新規	2 変更
		3 終了
看護師の配置状況(事業所の職員として看護師を確保している場合)	1	配置する看護師の数(人)
	2	他事業所との併任
訪問看護ステーション等との提携状況(訪問看護ステーション等との連携により看護師を確保している場合)	1	訪問看護ステーション等の名称
	2	訪問看護ステーション等の所在地
看護師の勤務状況		
その他の体制の整備状況	1	看護師に24時間常時連絡できる体制を整備している。
	2	重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、入居者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得る体制を整備している。

注1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

注2 「看護師の勤務状況」欄は、本届出を行う事業所における看護師の勤務状況を記載してください
(例1:毎週金曜日、10:00~12:00 例2:月3回、1回当たり1時間)。

注3 事業所の職員として看護師を確保している場合については、看護師であることを証明する資格証等の写しを添付してください。

注4 病院・診療所・訪問看護ステーション等との連携により看護師を確保している場合については、病院・診療所・訪問看護ステーション等との契約書等の写しを添付してください。

注5 重度化した場合における対応に関する指針を添付してください。

重度障がい者支援加算に関する届出書(短期入所)

事業所・施設の名称	
1 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了
2 配置状況 (基礎研修修了者名)	

備考1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付すこと。

- 2 強度行動障がい支援者養成研修(基礎研修)修了者については、修了証の写しを別途添付すること。
- 3 重度訪問介護従業者養成研修行動障がい課程修了者又は行動援護従業者養成研修修了者を配置した場合、基礎研修修了者配置と同等の扱いとする。

年 月 日

重度障がい者支援加算に関する届出書(生活介護)

事業所・施設の名称	
1 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了
2 配置状況	1 強度行動障がい支援者養成研修(実践研修)修了者 配置 (行動援護従業者養成研修修了者を配置した場合を含む。) 2 強度行動障がい支援者養成研修(基礎研修)修了者 配置 (重度訪問介護従業者養成研修行動障がい支援課程修了者 又は行動援護従業者養成研修修了者を配置した場合を含む。)
3 配置人数	<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 20px; text-align: center; vertical-align: middle;"> 人 </div> ※ 指定基準上の人員と人員配置体制加算により配置される 人員に加え、基礎研修修了者を配置する必要があることに 留意すること。

備考1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

2 「配置人数」欄には常勤換算方法による研修修了者数を記載してください。

3 実践研修・基礎研修共に、研修修了者については修了証の写しを添付してください。

個別計画訓練支援加算に係る届出書

事業所・施設の名称			
1 異動区分	① 新規	② 変更	③ 終了
2 有資格者の配置等	(1) 社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師である従業者が配置されていること。		有・無
	(2) (1)の従業者により、利用者の障がい特性や生活環境に応じて、「応用日常生活動作」、「認知機能」、「行動上の障がい」に係る個別訓練実施計画を作成していること。		有・無
3 個別訓練実施計画の運用	(1) 個別訓練実施計画に基づく支援が行われ、その内容や利用者の状態を定期的に記録していること。		有・無
	(2) 個別訓練実施計画の進捗状況を毎月ごとに評価し、必要に応じて当該計画の見直しを行っていること。		有・無
4 情報の共有・伝達	(1) 指定障がい者支援施設等に入所する利用者については、訓練に係る日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を、当該指定障がい者支援施設等の従業者間で共有していること。		有・無
	(2) (1)以外の利用者については、必要に応じて、指定特定相談支援事業者を通じて、他の指定障がい福祉サービス事業所等に訓練に係る日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達していること。		

注1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

2 該当する資格を証する書類の写しを添付してください。

3 算定要件として満たすべき基準について、それぞれ該当するかどうか○を付してください。

就労移行支援に係る基本報酬の算定区分に関する届出書

施設・事業所名			
定員区分	1 21人以上40人以下	就労定着率区分	1 就職後6月以上定着率が5割以上
	2 41人以上60人以下		2 就職後6月以上定着率が4割以上5割未満
	3 61人以上80人以下		3 就職後6月以上定着率が3割以上4割未満
	4 81人以上		4 就職後6月以上定着率が2割以上3割未満
	5 20人以下		5 就職後6月以上定着率が1割以上2割未満
			6 就職後6月以上定着率が0割超1割未満
			7 就職後6月以上定着率が0
			8 なし(経過措置対象)
前年度の就職後6月以上定着者の状況	就職後6月以上定着者数		
	4月		人
	5月		人
	6月		人
	7月		人
	8月		人
	9月		人
	10月		人
	11月		人
	12月		人
	1月		人
	2月		人
	3月		人
	合計		人
		前年度利用定員	人
		就労定着率	%

注1 就職後6月以上定着者とは、就労移行支援等を受けた後、就労し、就労を継続している期間が6月に達した者(就労定着者という。)をいい、前年度の実績を記載すること(就労とは企業等に就労した者で就労継続支援A型事業所への移行は除くこと。)

注2 平成29年10月1日に就職した者は、平成30年3月31日に6月に達した者となることから、平成29年度の実績に含まれることとなる。

注3 就労定着率区分「なし(経過措置対象)」は、指定を受けてから2年間を経過していない事業所が選択する。

注4 就労定着者の状況は、別添「就労定着者の状況(就労移行支援に係る基本報酬の算定区分に関する届出書)」を提出すること。

別添

年 月 日

就労定着者の状況
(就労移行支援に係る基本報酬の算定区分に関する届出書)

前年度における
就労定着者の数

	氏名	就職日	就職先事業所名	前年度において 6月に達した日	届出時点の継続状 況
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 届出時点の継続状況には、就労が継続している場合には「継続」、離職している場合には「離職」と記入。

注2 行が足りない場合は適宜追加して記入。

就労継続支援A型に係る基本報酬の算定区分に関する届出書

事業所名																																															
人員配置区分		1. I型(7.5:1)	2. II型(10:1)																																												
定員区分	1 21人以上40人以下	平均労働時間区分	1 1日の平均労働時間が7時間以上																																												
	2 41人以上60人以下		2 1日の平均労働時間が6時間以上7時間未満																																												
	3 61人以上80人以下		3 1日の平均労働時間が5時間以上6時間未満																																												
	4 81人以上		4 1日の平均労働時間が4時間以上5時間未満																																												
	5 20人以下		5 1日の平均労働時間が3時間以上4時間未満																																												
	6 1日の平均労働時間が2時間以上3時間未満																																														
	7 1日の平均労働時間が2時間未満																																														
	8 なし(経過措置対象)																																														
前年度の労働時間・利用者の状況	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>延べ労働時間数</th> <th>延べ利用者数 (雇用契約者数)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4月</td> <td>時間</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>5月</td> <td>時間</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>6月</td> <td>時間</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>7月</td> <td>時間</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>8月</td> <td>時間</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>9月</td> <td>時間</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>10月</td> <td>時間</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>11月</td> <td>時間</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>12月</td> <td>時間</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>1月</td> <td>時間</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>2月</td> <td>時間</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>3月</td> <td>時間</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>時間</td> <td>人</td> </tr> </tbody> </table>			延べ労働時間数	延べ利用者数 (雇用契約者数)	4月	時間	人	5月	時間	人	6月	時間	人	7月	時間	人	8月	時間	人	9月	時間	人	10月	時間	人	11月	時間	人	12月	時間	人	1月	時間	人	2月	時間	人	3月	時間	人	合計	時間	人	<table border="1"> <tr> <td>1日の平均労働時間数 (延べ労働時間数÷延べ利用者数)</td> <td>時間</td> </tr> </table>	1日の平均労働時間数 (延べ労働時間数÷延べ利用者数)	時間
		延べ労働時間数	延べ利用者数 (雇用契約者数)																																												
	4月	時間	人																																												
	5月	時間	人																																												
	6月	時間	人																																												
	7月	時間	人																																												
	8月	時間	人																																												
	9月	時間	人																																												
	10月	時間	人																																												
	11月	時間	人																																												
	12月	時間	人																																												
	1月	時間	人																																												
	2月	時間	人																																												
	3月	時間	人																																												
	合計	時間	人																																												
1日の平均労働時間数 (延べ労働時間数÷延べ利用者数)	時間																																														

注1 延べ労働時間数は、実際に利用者が労働した時間数をそれぞれの月で算出し総計するものである。休憩時間、遅刻、早退、欠勤、健康面や生活面の助言・指導といった面談に要した時間等により実際に労働していない時間であって賃金の支払いが生じない時間は労働時間数に含めない。年次有給休暇を取得した場合(時間単位で取得した場合も含む。)や健康面や生活面の助言・指導といった面談に要した時間等であっても労働時間として賃金を支払っている場合は労働時間に含めるものとする。

注2 延べ利用者数は、雇用契約を締結している者であって実際に賃金を支払った人数をそれぞれの月ごとに算出すること。

注3 利用開始時には予見できない事由により短時間労働(1日の労働時間が4時間未満)となった場合は、90日を限度として、延べ労働時間数・延べ利用者数から除外することができる。

注4 平均労働時間区分「なし(経過措置対象)」は、指定を受けてから1年間を経過していない事業所が選択する。

賃金向上達成指導員配置加算に関する届出書

1 事業所名		
2 異動区分	1 新規 2 継続 3 変更 4 終了	
3 人員配置	当該事業所に配置すべき従業者(最低基準)に加えて、常勤換算方法で1以上の配置があること。	有・無
4 計画作成状況	賃金向上計画を作成していること。	有・無
5 キャリアアップの措置	利用者の就業規則に将来の職務上の地位や賃金の改善を図るため、昇格、昇進、昇給といった仕組みが記載されていること。	有・無

注1 賃金向上計画は経営改善計画書を作成している場合は省略することも可能とする。
ただし、計画の内容が現実的に達成する可能性があるのかどうかしっかりと確認すること。

注2 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付すこと。

就労継続支援B型に係る基本報酬の算定区分に関する届出書

事業所名																																																											
人員配置区分		1. I型(7.5:1)	2. II型(10:1)																																																								
定員区分	1 21人以上40人以下 2 41人以上60人以下 3 61人以上80人以下 4 81人以上 5 20人以下	平均工賃月額区分	1 平均工賃月額が4万5千円以上 2 平均工賃月額が3万円以上4万5千円未満 3 平均工賃月額が2万5千円以上3万円未満 4 平均工賃月額が2万円以上2万5千円未満 5 平均工賃月額が1万円以上2万円未満 6 平均工賃月額が5千円以上1万円未満 7 平均工賃月額が5千円未満 8 なし(経過措置対象)																																																								
	前年度の工賃支払対象者数・支払工賃額の状況																																																										
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">工賃支払い対象者数</th> <th colspan="2">支払工賃総額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4月</td> <td>人</td> <td></td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>5月</td> <td>人</td> <td></td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>6月</td> <td>人</td> <td></td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>7月</td> <td>人</td> <td></td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>8月</td> <td>人</td> <td></td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>9月</td> <td>人</td> <td></td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>10月</td> <td>人</td> <td></td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>11月</td> <td>人</td> <td></td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>12月</td> <td>人</td> <td></td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>1月</td> <td>人</td> <td></td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>2月</td> <td>人</td> <td></td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>3月</td> <td>人</td> <td></td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>人</td> <td></td> <td>円</td> </tr> </tbody> </table>		工賃支払い対象者数		支払工賃総額		4月	人		円	5月	人		円	6月	人		円	7月	人		円	8月	人		円	9月	人		円	10月	人		円	11月	人		円	12月	人		円	1月	人		円	2月	人		円	3月	人		円	合計	人		円
工賃支払い対象者数		支払工賃総額																																																									
4月	人		円																																																								
5月	人		円																																																								
6月	人		円																																																								
7月	人		円																																																								
8月	人		円																																																								
9月	人		円																																																								
10月	人		円																																																								
11月	人		円																																																								
12月	人		円																																																								
1月	人		円																																																								
2月	人		円																																																								
3月	人		円																																																								
合計	人		円																																																								
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">平均工賃月額① (工賃総額÷工賃支払対象者の総数)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>円</td> </tr> </table>		平均工賃月額① (工賃総額÷工賃支払対象者の総数)			円																																																				
平均工賃月額① (工賃総額÷工賃支払対象者の総数)																																																											
	円																																																										
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">重度障がい者支援体制加算 (I)を算定している場合 (①+2000円)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>円</td> </tr> </table>		重度障がい者支援体制加算 (I)を算定している場合 (①+2000円)			円																																																				
重度障がい者支援体制加算 (I)を算定している場合 (①+2000円)																																																											
	円																																																										

注1 就労継続支援B型以外の支給決定を受けて複数の日中活動に係る障がい福祉サービスを利用している者については、工賃支払い対象者数から除外するとともに、当該利用者に支払った工賃を除外する。

注2 重度者支援体制加算(I)を算定している場合は、平均工賃月額に2千円を加える。

注3 平均工賃月額区分「なし(経過措置対象)」は、指定を受けてから1年間を経過していない事業所が選択する。

就労定着支援に係る基本報酬の算定区分に関する届出書

事業所名			
利用者数区分	1 20人以下	就労定着率区分	1 就労定着率が9割以上
	2 21人以上40人以下		2 就労定着率が8割以上9割未満
	3 41人以上		3 就労定着率が7割以上8割未満
			4 就労定着率が5割以上7割未満
			5 就労定着率が3割以上5割未満
			6 就労定着率が1割以上3割未満
			7 就労定着率が1割未満
就労定着率区分の状況	① 過去3年間における就労定着支援の総利用者数		② ①のうち前年度末時点の就労継続者数
	人		人
	就労定着率 (②÷①)		
新規指定の場合(※起算日は指定を受ける前月末日)			
過去1年間就職者数		人	指定を受ける前月末日の 就労継続者数(④)
過去2年間就職者数		人	人
過去3年間就職者数		人	就労定着率 (④÷③)
合計(③)		人	%

注 就労継続者の状況は、別添1「就労継続者の状況(就労定着支援に係る基本報酬の算定区分に関する届出書)」又は別添2「就労継続者の状況(就労定着支援に係る基本報酬の算定区分に関する届出書)(新規指定の場合)」を提出すること。

就労継続者の状況
 (就労定着支援に係る基本報酬の算定区分に関する届出書)

前年度末における 就労継続者数	
--------------------	--

【過去3年間における就労定着支援の利用者数】

	氏名	就職日	就職先事業所名	就労定着支援の 利用開始日	前年度末時点の 継続状況
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 「前年度末時点の継続状況」欄には、就労が継続している場合には「継続」、離職している場合には「離職」と記入。

注2 行が足りない場合は適宜追加して記入。

就労継続者の状況
 (就労定着支援に係る基本報酬の算定区分に関する届出書)
 (新規指定の場合)

指定を受ける 前月末日の 就労継続者数	
---------------------------	--

【過去3年間に於ける一般就労への移行者数】

	氏名	就職日	就職先事業所名	指定を受ける 前月末日の継続状況
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 「指定を受ける前月末日時点の継続状況」欄には、就労が継続している場合には「継続」、離職している場合には「離職」と記入。

注2 行が足りない場合は適宜追加して記入。

就労定着実績体制加算に関する届出書

①	前年度において42月以上78月未満の期間継続して就労している又は就労していた者の数	人
②	過去6年間の就労定着支援の終了者	人
③	過去6年間の就労定着支援の終了者のうち前年度において42月以上78月未満の期間継続して就労している又は就労していた者の割合(①÷②)	%

【過去6年間に於ける就労定着支援の利用者数】

	氏名	就職日	就職先事業所名	就労定着支援の利用開始日	就労定着支援の終了日	前年度における継続期間
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 「前年度における継続期間」欄には、障がい者の就労継続期間を月単位で記載すること。なお、前年度の4月において78月以上就労が継続している者は実績の対象とはならない。

注2 新規指定の事業所は当該加算を算定することができないことに留意。

注3 行が足りない場合は適宜追加して記載。

精神障がい者地域移行特別加算に関する届出書

事業所・施設の名称	
1 異動区分	① 新規 ② 変更 ③ 終了
2 運営規程に定める障がい者の種類	身体障がい者 ・ 知的障がい者 ・ 精神障がい者 ・ 難病等対象者
3 有資格者の配置	① 社会福祉士 … 人 ② 精神保健福祉士 … 人 ③ 公認心理師等 … 人

注1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

- 2 指定障害福祉サービス基準第135条、第171条において準用する第89条、第211条の3(第213条の11で準用する場合を含む。)又は第213条の19に規定する運営規程を別途添付してください。
- 3 公認心理師等には、「心理に関する支援を要する者に対する相談、助言、指導等の援助を行う能力を有する者」を含む。
- 4 従業者が有する資格について、当該資格を証する書類の写しを添付してください。

強度行動障がい者地域移行特別加算に係る届出書

事業所・施設の名称				
異動区分		① 新規	② 変更	③ 終了
職員配置		研修の受講状況		
職種	氏名	強度行動障がい支援者養成研修 (実践研修)	強度行動障がい支援者養成研修 (基礎研修)	

実践研修の修了者の数 ^{*1}	生活支援員の数	基礎研修の修了者の 数及び割合 ^{*2}

(※1)サービス管理責任者又は生活支援員のうち1名以上が、強度行動障がい支援者養成研修(実践研修)修了者であること。

(※2)生活支援員のうち20%以上が、強度行動障がい支援者養成研修(基礎研修)修了者であること。

注1 「職員配置」欄は、サービス管理責任者又は生活支援員として従事する当該事業所の全ての職員について記載してください。

注2 「職種」欄は、サービス管理責任者又は生活支援員の別を記載してください(地域移行支援員や世話人等は含まれません。)

注3 サービス管理責任者と生活支援員を兼務する者については、同じ者であっても、サービス管理責任者と生活支援員それぞれ別に記載してください。

注4 「研修の受講状況」欄には、①受講が修了又は受講中の場合は「有」を、②受講していない場合は「無」を記載してください。

社会生活支援特別加算に係る届出書

事業所・施設の名称		
1 異動区分	① 新規 ② 変更 ③ 終了	
2 従業者の配置	人員配置基準に定める従業者の数に加え、平成18年厚生労働省告示第556号第9号に定める厚生労働大臣が定める者の受け入れに当たり、当該利用者に対する適切な支援を行うために必要な数の生活支援員を配置することが可能であること。	有・無
3 有資格者による指導体制	以下のいずれかにより、平成18年厚生労働省告示第556号第9号に定める厚生労働大臣が定める者に対する適切な支援について、従業者を対象とした指導体制が整えられていること。 ① 社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師の資格を有する者が配置されていること。 ② 指定医療機関等との連携により、社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師の資格を有する者を事業所に訪問させていること。 関係機関との連携の状況等 ()	有・無
4 研修の開催	従業者に対し、医療観察法に規定する入院によらない医療を受ける者又は刑事施設若しくは少年院を釈放された障がい者の支援に関する研修が年一回以上行われていること。	有・無
5 他機関との連携	保護観察所、更生保護施設、指定医療機関又は精神保健福祉センターその他関係機関との協力体制が整えられていること。 協力体制の状況等 ()	有・無

注1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

- 2 該当する資格を証する書類の写しを添付してください。指定医療機関等との連携により有資格者の指導体制を整える場合は、関係機関との連携の状況等を具体的に記載してください。
- 3 研修の開催日時、参加者、研修内容等がわかる資料を付してください。
- 4 関係機関との協力体制については、その状況等を具体的に記載してください。

年 月 日

夜勤職員加配加算に関する届出書

事業所・施設の名称			
1 異動区分	① 新規	② 変更	③ 終了
2 夜勤職員の加配状況	住居の名称	利用者の数	夜勤者の加配
			有・無
			有・無
			有・無
			有・無
			有・無

備考1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

- 2 障害福祉サービス基準に定める夜間支援従事者に加えて夜間支援従事者を配置する場合、共同生活住居ごとに配置の有無を記載してください。

サービス管理責任者配置等加算に関する届出書
 (生活介護・自立支援(機能訓練)・自立支援(生活訓練))

1 事業所・施設の名称		
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了	
3 サービス管理責任者の配置	有・無	
4 地域に貢献する活動の内容		有・無

備考1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

2 ここでいうサービス管理責任者とは、共生型生活介護、共生型自立訓練(機能訓練)又は共生型自立訓練(生活訓練)の指定を受ける指定児童発達支援事業所若しくは指定放課後等デイサービス事業所又は介護保険制度制度における指定通所介護事業所、指定地域密着型通所介護事業所、指定小規模多機能型居宅介護事業所等の従業者をいう。

3 ここでいう地域に貢献する活動とは、「地域の交流の場(開放スペースや交流会等)の提供」、「認知症カフェ・食堂等の設置」、「地域住民が参加できるイベントやお祭り等の開催」、「地域のボランティアの受入れや活動(保育所等における清掃活動等)の実施」、「協議会等を設けて地域住民が事業所の運営への参加」、「地域住民への健康相談教室・研修会」などをいう。

受付番号

特定障がい福祉サービス事業所
指定障がい者支援施設 変更指定申請書

年 月 日

福岡県知事 殿

申請者 所在地
(設置者) 名称
代表者
(記名押印又は署名)

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に規定する 特定障害福祉サービス事業所(指定就労継続支援A型事業所・指定就労継続支援B型事業所・指定生活介護事業所) 指定障害者支援施設に係る変更指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

事業所(施設)所在地市町村番号

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 —) 県 郡・市				
	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 —) 県 郡・市					
変更指定を受けようとする事業所・施設の種別	フリガナ						
	名称						
	事業所(施設)の所在地		(郵便番号 —) 県 郡・市				
	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定申請をする事業等の事業開始予定年月日	様式	実施事業	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
	サービス事業所	特定障がい福祉					
		例)生活介護	○		付表3	○	別紙のとおり
	指定障がい者支援施設						
		例)障がい者支援施設	○		付表8	○	別紙のとおり
	〇〇事業所番号	同一の法律において既に指定を受けている場合					

記入担当者名

連絡先

(備考)

- 「受付番号」「事業所(施設)所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 「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」「有限会社」等の別を記載してください。
- 「法人所轄庁」欄には、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 「同一所在地において行う事業等の種類」欄には、今回申請をするもの及び既に指定を受けているものについて事業の種類を記載し、該当する欄には「○」を記載してください。
- 「〇〇事業所番号」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。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。
- 別添資料については、指定申請時の様式を参照してください。

変 更 届 出 書

年 月 日

福岡県知事 殿

住 所
(所在地)
事 業 者
氏 名
(施設の設置者) (名称及び代表者氏名)
(記名押印又は署名)

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので、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 第51条の25第3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、生年月日、住所又は職名										
6: 当該事業の実施について定めてある定款若しくは寄附行為及びその登記事項証明書又は条例等										
注 定款若しくは寄附行為は就労継続支援A型事業所のみ										
7: 提供する障がい福祉サービスの種類										
8: 第三者に委託することにより提供する障がい福祉サービスの種類又は第三者の事業所の名称若しくは所在地										
9: 事業所(施設)の平面図及び設備の概要										
10: 事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日、住所又は経歴										
11: 事業所のサービス提供責任者の氏名、生年月日、住所又は経歴	(変更後)									
12: 事業所(施設)のサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所又は経歴										
13: 事業所の相談支援専門員の氏名、生年月日、住所又は経歴										
14: 主たる対象者										
15: 運営規程										
16: 事業所の種別(併設型・空床型の別)										
17: 併設型における利用者の推定数又は空床型における当該施設の入所者の定員										
18: 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										
19: 他の障がい福祉サービス事業者等との連携体制又は支援体制の概要										
20: 連携する公共職業安定所等の名称										
変更年月日		年 月 日								
記入担当者名		連絡先								

備考1 該当項目番号に○を付してください。
 2 変更内容が確認できる書類その他知事が別に定める書類を添付してください。
 なお、当該変更が利用者の定員の増加に伴うものである場合は、従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類を併せて添付してください。

様式第4号(第4条関係)

(令元規則4・全改、令3規則26・一部改正)

様式第4号(第4条関係)

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

福岡県知事 殿

事業者 住所
(所在地)
氏名
(名称及び代表者氏名)
(記名押印又は署名)

次のとおり事業を廃止・休止します(再開しました)ので届け出ます。

廃止・休止する(再開した)事業所	事業所番号	
	名称	
	所在地	
	サービスの種類	
廃止・休止する(再開した)年月日	年 月 日	
廃止・休止する理由		
現に指定障がい福祉サービス等又は共生型障がい福祉サービスを受けていた者に対する措置(廃止・休止する場合のみ)		
休止予定期間	年 月 日～ 年 月 日	

記入担当者名		連絡先	
--------	--	-----	--

- (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 廃止又は休止の場合は、事業を廃止又は休止しようとする日から一月前までに届け出てください。
- 3 再開の場合は、休止した事業を再開した日から10日以内に届け出てください。

(事業の廃止・休止に関する届出書 別紙)

事業所名()

サービス種類()

	受給者証番号	支給決定 市町村	利用者名	異動先の希望サービス	異動先事業所名	異動予定年月日
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

※行が足りない場合は、適宜追加してください。

様式第5号(第5条関係)

(令3規則26・一部改正)

様式第5号(第5条関係)

指 定 辞 退 届 出 書

年 月 日

福岡県知事 殿

設 置 者 住 所
(所在地)
氏 名
(名称及び代表者氏名)
(記名押印又は署名)

次のとおり指定を辞退したいので届け出ます。

	事業所番号	
指 定 を 辞 退 す る 施 設	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月前までに届け出てください。

様式第6号(第7条関係)

(平25規則15・令元規則4・令3規則26・一部改正)

様式第6号(第7条関係)

障がい福祉サービス事業等 開始 届
変更

開始・変更しようとする事業	種 類	<input type="checkbox"/> 障がい福祉サービス事業 (サービスの種類) <input type="checkbox"/> 一般相談支援事業(<input type="checkbox"/> 地域移行支援 <input type="checkbox"/> 地域定着支援) <input type="checkbox"/> 移動支援事業 <input type="checkbox"/> 地域活動支援センター経営する事業 <input type="checkbox"/> 福祉ホームを経営する事業	
	提供する便宜等の内容		
経営者 (法人)	氏名(名称)		
	住所 (事務所の所在地)		
基本約款	別 添 1		
職員の職種	職務の内容	職員の定数	
		人	
		人	
		人	
	合 計	人	
主な職員の氏名			
主な職員の経歴	別 添 2		
事業を行おうとする区域	※市町村の委託を受けて事業を行おうとする者にあつては、当該市町村の名称を含む。		
事業の用に供する施設	名 称		
	種 類		
	所 在 地		
	入 所 定 員		
事業開始の予定年月日			
1 上記のとおり障がい福祉サービス事業等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項の規定により届け出ます。 2 上記のとおり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ましたので、同条第3項の規定により届け出ます。 年 月 日			
福岡県知事 殿		事業経営者 住所(事務所の所在地) 氏名(名称) (記名押印又は署名)	

(備考)

- 1 標題の届出名のうち、開始・変更のいずれか該当する事項を○で囲むこと。
- 2 開始・変更しようとする事業の種類は、該当するものにチェックマークを記入し、障がい福祉サービス事業の場合は、サービスの種類を記入すること。
- 3 複数の種類の障がい福祉サービス事業等を開始又は変更する際には、開始又は変更届はそれぞれの種類ごとに作成すること。
- 4 開始届には、収支予算書及び事業計画書を添付すること。ただし、インターネットを利用してこれらの内容を閲覧することができる場合は、この限りではない。
- 5 記載事項が多いため、この様式によることができないときは、適宜別紙によることとし、あるいは用紙の枚数を増加し、この様式に準じた届を作成すること。

様式第7号(第7条関係)

(平27規則67・令元規則4・令3規則26・一部改正)

様式第7号(第7条関係)

障がい福祉サービス事業等 廃止 届
休止

廃止・休止予定年月日	年 月 日
廃止・休止の理由	
現に障害福祉サービス等を受けている者に対する措置	
休止予定期間	年 月 日～ 年 月 日
上記のとおり障がい福祉サービス事業等を 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項の規定により届け出ます。 年 月 日 事業経営者 住所(事務所の所在地) 氏名(名称) (記名押印又は署名) 福岡県知事 殿	

(備考)

- 1 標題の届出名及び届出の法令上の根拠を示す欄は、廃止・休止いずれか該当する事項を○で囲むこと。
- 2 複数の種類の障がい福祉サービス事業等を廃止又は休止する際には、廃止又は休止届はそれぞれの種類ごとに作成すること。
- 3 記載事項が多いため、この様式によることができないときは、適宜用紙の枚数を増加し、この様式に準じた届を作成すること。

様式第7号の2(第7条の2関係)

(平25規則15・追加、平27規則67・令元規則4・令3規則26・一部改正)

受付番号

業務管理体制に係る届出書

年 月 日

福岡県知事 殿

事業者 名 称
代表者氏名
(記名押印又は署名)

このことについて、下記のとおり関係書類を添えて届け出ます。

		事業者(法人)番号									
1	届出の内容										
	(1)法第51条の2第2項、第51条の31第2項関係(整備)										
	(2)法第51条の2第4項、第51条の31第4項関係(区分の変更)										
	フリガナ										
	名称又は氏名										
	住 所 (主たる事務所の所在地)										
	(郵便番号 —) 都道 郡 市 府県 区 (ビルの名称等)										
	連 絡 先										
	電話番号 <input type="text"/> FAX番号 <input type="text"/>										
	法人の種別										
2	代表者の職名・氏名・生年月日										
	職 名 <input type="text"/> フリガナ <input type="text"/> 生年月日 <input type="text"/> 年 月 日										
	氏 名 <input type="text"/>										
3	代表者の住所										
	(郵便番号 —) 都道 郡 市 府県 区 (ビルの名称等)										
	事業所名称等及び所在地										
事業所名称 <input type="text"/> 指定年月日 <input type="text"/> 事業所番号 <input type="text"/> 所在地 <input type="text"/>											
計 ヵ所 <input type="text"/>											
4	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上の該当する条文(事業者の区分)										
	(1)法第51条の2 (指定障がい福祉サービス事業者及び指定障がい者支援施設等の設置者) (2)法第51条の31(指定相談支援事業者)										
5	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34条の28及び第34条の62第1項第2号から第4号に基づく届出事項										
	第2号 法令遵守責任者の氏名(フリガナ) <input type="text"/> 生年月日 <input type="text"/>										
	第3号 業務が法令に適合することを確保するための規程の概要										
	第4号 業務執行の状況の監査の方法の概要										
6	区分変更前行政機関名称、担当部(局)課 <input type="text"/>										
	事業者(法人)番号										
	区分変更の理由 <input type="text"/>										
	区分変更後行政機関名称、担当部(局)課 <input type="text"/>										
	区 分 変 更 日 <input type="text"/> 年 月 日										

様式第7号の3(第7条の2関係)

受付番号

業務管理体制に係る届出事項変更届出書

年 月 日

福岡県知事 殿

事業者 名 称
代表者氏名
(記名押印又は署名)

このことについて、下記のとおり関係書類を添えて届け出ます。

事業者(法人)番号

変 更 が あ っ た 事 項	
1	法人の種別、名称(フリガナ)
2	主たる事務所の所在地、電話、FAX番号
3	代表者氏名(フリガナ)、生年月日
4	代表者の住所、職名
5	事業所名称等及び所在地
6	法令遵守責任者の氏名(フリガナ)及び生年月日
7	業務が法令に適合することを確保するための規程の概要
8	業務執行の状況の監査の方法の概要

変 更 の 内 容	
(変更前)	
(変更後)	

様式第8号 削除

(平25規則15)

様式第9号(第8条関係)

(平27規則67・全改、令元規則4・令2規則48・令3規則26・一部改正)

様式第9号(第8条関係)

自立支援医療費(精神通院医療)支給認定申請書 〔新規・再認定・変更・他県からの転入・再発行(理由:)〕 ※1													
障がい者・児	フリガナ							年齢	歳	生年月日			
	受診者氏名									年 月 日			
	フリガナ							電話番号					
	受診者住所	(〒 -)											
	個人番号												
受診者が18歳未満の場合	フリガナ							受診者との関係(いずれかに○)	父・母・祖父母 兄弟姉妹・その他 ()				
	保護者氏名												
	フリガナ							電話番号 ※2					
	保護者住所 ※2	(〒 -)											
保護者個人番号													
負担額に関する事項	保険の種類 ※3	健保(本人・家族)、国保(一般・退職本人・退職家族)、船保(本人・家族)、各種共済(本人・家族)、老保、労災、生保(受給中・申請中)、その他()											
	受診者の被保険者証の記号及び番号							保険者名					
	受診者と同一保険の加入者												
	受診者と同一保険の加入者個人番号												
	該当する所得区分 ※4	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上						重度かつ継続 ※4		該当・非該当・未申請			
	障害年金等 ※5	無		有(種類:)									
身体障害者・精神障害者保健福祉手帳番号							手帳の有効期限	年 月 日	手帳の等級	級			
受診を希望する指定自立支援医療機関(薬局・訪問看護事業者を含む) 種別には、病院・診療所、薬局、デイケア、訪問看護を記入してください。 ※6	種別							医療機関名・所在地・電話番号			変更の時		
											追加・削除		
											追加・削除		
											追加・削除		
											追加・削除		
受給者番号 ※7							既存の受給者証の有効期限 ※7			年 月 日			
治療方針の変更 ※8	有・無						診断書の添付 ※8、※9			有・無			

私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。

申請者氏名

年 月 日

福岡県精神保健福祉センター所長

殿

自治体記入欄(再発行の場合は、受付市町村名のみ記載してください。)

受付市町村名			
前回所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上	重度かつ継続	該当・非該当・未申請
今回所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上	重度かつ継続	該当・非該当・未申請
所得確認書類	個人番号 市町村民税課税証明書 市町村民税非課税証明書 標準負担額減額認定証 生活保護受給世帯の証明書 その他収入等を証明する書類()		
前回の受給者番号	今回の受給者番号		
診断書の提出	医療用(1年目)・医療用(2年目)・手帳用(1年目)・手帳用(2年目)・手帳で新規		
備考	認定日	精神保健福祉センター受付印	市町村受付印

様式第10号 削除

(平25規則15)

様式第11号(第8条関係)

(令元規則4・全改、令2規則48・一部改正)

様式第11号(第8条関係)

「重度かつ継続」に関する意見書(追加用)
(自立支援医療(精神通院医療)用)

患者氏名	
住所	年齢

主たる精神障がい(ICD-10に準じ該当する番号に○を付け、又は記載すること。)

- ① 症状性を含む器質性精神障がい(F0)
- ② 精神作用物質使用による精神及び行動の障がい(F1)
- ③ 統合失調症、統合失調症型障がい及び妄想性障がい(F2)
- ④ 気分障がい(F3)
- ⑤ てんかん(G40)
- ⑥ その他： (F)

「主たる精神障がい」が上記⑥の場合のみ下記についても記載すること

医師の略歴(精神保健指定医である等3年以上精神医療に従事した経験を有することが分かるよう記載すること。)

医師氏名(自署又は記名押印)

様式第12号(第8条関係)

(令元規則4・全改、令2規則48・令3規則26・一部改正)

診断書 (自立支援医療(精神通院医療)用)

氏名		年 月 日生 (歳)
住所		
① 病名 (ICDコードは、 F00～F99, G40 のいずれかを記 載)	(1)主たる精神障がい _____ ICDコード(_____) (2)従たる精神障がい _____ ICDコード(_____) (3)身体合併症 _____	
② 発病から現 在までの病歴(推 定発病年月日、 発病状況)及び治 療の経過		
③ 現在の病状、状態像等(該当する項目を○で囲んでください。)		
(1) 抑うつ状態 1思考・運動抑制 2易刺激性、興奮 3憂うつ気分 4その他(_____)		
(2) 躁状態 1行為心迫 2多弁 3感情高揚・易刺激性 4その他(_____)		
(3) 幻覚妄想状態 1幻覚 2妄想 3その他(_____)		
(4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 1興奮 2昏迷 3拒絶 4その他(_____)		
(5) 統合失調症等残遺状態 1自閉 2感情平板化 3意欲の減退 4その他(_____)		
(6) 情動及び行動の障がい 1爆発性 2暴力・衝動行為 3多動 4食行動の異常 5チック・汚言 6その他(_____)		
(7) 不安及び不穏 1強度の不安・恐怖感 2強迫体験 3心的外傷に関連する症状 4解離・転換症状 5その他(_____)		
(8) てんかん発作等(けいれん及び意識障がい) 1てんかん発作 発作型(_____) 頻度(_____) 2意識障がい 3その他(_____)		

<p>(9) 精神作用物質の乱用、依存等 1アルコール 2覚醒剤 3有機溶剤 4その他() ア乱用 イ依存 ウ残遺性・遅発性精神病性障がい エその他()</p> <p>(10) 知能・記憶・学習等の障がい 1知的障がい(精神遅滞) ア軽度 イ中等度 ウ重度 2認知症 3その他の記憶障がい() 4学習の困難 ア読み イ書き ウ算数 エその他() 5遂行機能障がい 6注意障がい 7 その他()</p> <p>(11) 広汎性発達障がい関連症状 1相互的な社会関係の質的障がい 2コミュニケーションのパターンにおける質的障がい 3限定した常同的で反復的な関心と活動 4その他()</p> <p>(12) その他()</p>
<p>④ ③の病状・状態像等の具体的程度、検査所見等 (てんかんの場合は直近の脳波施行年月日も併せて記入してください)</p>
<p>⑤ 現在の治療内容</p> <p>1投薬内容</p> <p>2精神療法等</p> <p>3訪問看護指示の有無 (有・無)</p>
<p>⑥ 今後の治療方針</p>
<p>⑦ 現在の障がい福祉サービス等の利用状況 (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に規定する自立訓練(生活訓練)、共同生活援助(グループホーム)、居宅介護(ホームヘルプ)、その他の障がい福祉サービス等、訪問指導等)</p>
<p>⑧ 備考</p>
<p>上記のとおり、診断します。 年 月 日</p> <p>医療機関所在地 医療機関の名称 診療担当科名 電話番号 医師氏名(自署又は記名押印)</p>

以下は主たる精神障がいICDカテゴリーがF0・F1・F2・F3・G40以外の場合のみ記入してください。記入がない場合は、「重度かつ継続」に関する意見がないものとして非該当として取り扱います。

<p>◎「重度かつ継続」に関する意見</p> <p>(該当 ・ 非該当)</p> <p>※該当の場合は、右側の医師の略歴の該当する番号に○をして、必要事項を記入してください。</p>	<p>医師の略歴</p>	<p>(1) 精神保健指定医(精神保健指定医 号)</p> <p>(2) 精神科医 精神科医として従事した期間(年 月) ※(1) 精神保健指定医の場合は記入不要です。</p> <p>(3) その他の医師 主に診療した精神障がい(例: 児童思春期精神疾患)</p> <p>上記の従事期間(年 月)</p>
---	--------------	--

*判定	承認	不承認	保留
-----	----	-----	----

様式第13号から様式第15号まで 削除
(平25規則15)

様式第16号(第9条関係)

(平27規則67・全改、令2規則48・令3規則26・一部改正)

様式第16号(第9条関係)

自立支援医療受給者証(精神通院医療) (一)			
公費負担者番号			重度かつ継続
自立支援医療費受給者番号			
受診者	フリガナ氏名		
	生年月日		
	住所		
	被保険者証の記号及び番号		
	保険者名		
保護者 受診者が18歳未満の場合 記入	フリガナ氏名		続柄
	住所		
自己負担上限額	月額		円

自立支援医療受給者証(精神通院医療) (二)		
指定医療機関名	種別	名称・所在地・電話番号
		「自立支援医療受給者証(精神通院医療) (三)」に続く。
有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	
支給要件の確認方法		次回更新時の診断書要否
上記のとおり認定する。		
		福岡県精神保健福祉センター所長 印
年 月 日		

付表 自立支援医療(精神通院医療)自己負担上限額管理票

自立支援医療(精神通院医療)自己負担上限額管理票 年 月分					
下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。					
	日付	医療機関名			確認欄
	月 日				
	日付	医療機関名	自己負担額	自己負担額 累積額	自己負担額 徴収確認欄
	月 日				
	月 日				
	月 日				
	月 日				
	月 日				
	月 日				
	月 日				
	月 日				
	月 日				
	月 日				

様式第17号 削除

(平27規則22)

様式第18号(第9条関係)

(平27規則67・全改、令元規則4・一部改正)

様式第18号(第9条関係)

第 号
年 月 日

却下決定通知書(精神通院医療)

申請者
殿

福岡県精神保健福祉センター所長

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53条第1項の規定による自立支援医療(精神通院医療)の申請は次により認定されませんでしたので通知します。

理由

- 1 所得基準を上回る所得であるため
- 2 自立支援医療の対象となる疾病、障がいではないため
- 3 その他()

教示

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に福岡県知事に対して審査請求をすることができます。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、福岡県を被告として(訴訟において県を代表する者は県知事となります。)提起することができます(なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます(なお、その審査請求に対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する決定の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)。

様式第19号 削除

(平25規則15)

様式第20号(第10条関係)

(平27規則67・全改、令2規則48・令3規則26・一部改正)

様式第20号(第10条関係)

自立支援医療受給者証等記載事項変更届(精神通院医療)												
受診者	フリガナ											生年月日
	氏名											年 月 日
	フリガナ											
	住所	(〒 —)										
	個人番号											
保護者 (受診者が18歳未満の場合記入)	フリガナ											続柄
	氏名											
	フリガナ											
	住所	(〒 —)										
	個人番号											
自立支援医療費受給者番号												
受給者証の有効期間	年 月 日から 年 月 日まで											
変更内容	事項	変更前				変更後						
	受診者に関する事項(氏名・住所・電話番号)											
	保護者に関する事項(氏名・住所・電話番号)											
	被保険者証に関する事項(記号及び番号・保険者名・受診者と同一の加入者)											
	身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳番号											
備考												
<p>私は、自立支援医療受給者証及び自立支援医療支給認定申請書に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。</p> <p>届出者氏名 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">福岡県精神保健福祉センター所長 殿</p>												

※ 自己負担上限額(所得区分及び重度かつ継続該当・非該当)及び指定自立支援医療機関の変更については、支給認定の変更を行うため、自立支援医療支給認定申請書(変更)に記載すること。

様式第21号(第12条関係)

(平23規則3・平25規則15・令3規則26・一部改正)

様式第21号(第12条関係)

指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)〔指定(変更)・指定更新〕申請書
(病院又は診療所)

保険医療機関	名 称			
	所 在 地	(〒 —) (電話番号)		
開 設 者	住 所	(〒 —)		
	氏名又は名称			
標榜している診療科目				
担当しようとする医療の種類				
主として担当する医師又は 歯科医師の氏名				
主として担当する医師又は 歯科医師の経歴		(別紙1)	自立支援医療を行う ために必要な体制 及び設備の概要	(別紙2) 更新の場合 変更の有無 有 ・ 無
自立支援医療を行うための入院設備の定員			人	
変 更 申 請 理 由				
<p>上記のとおり、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(平成17年法律第123号)〔第59条第1項の規定による・第60条第1項の規定に基づき〕指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)として〔指定(変更)・指定を更新〕されたく申請する。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">開 設 者 住 所 氏名又は名称 (記名押印又は署名)</p> <p>福岡県知事 殿</p>				

※1 育成医療又は更生医療いずれか単独での指定(変更又は指定更新)を希望する場合は、様式中の「(育成医療・更生医療)」のうち、指定(変更又は指定更新)を希望しない医療部分を二重線で消去すること。

※2 指定更新申請の場合は、別紙1～9の提出は不要であること。

ただし、「自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要」において、直近の指定の申請(変更届出を含む)から変更があった場合は、別紙2を添付する。

(記載要領)

- 1 「保険医療機関」の名称は正式名称を記載すること。
- 2 「担当しようとする医療の種類」は次のうち希望するものを記載すること。
 - (1) 眼科に関する医療
 - (2) 耳鼻咽喉科に関する医療
 - (3) 口腔に関する医療
 - (4) 整形外科に関する医療
 - (5) 形成外科に関する医療
 - (6) 中枢神経に関する医療
 - (7) 脳神経外科に関する医療
 - (8) 心臓血管外科に関する医療
 - (9) 心臓移植に関する医療
 - (10) 腎臓に関する医療
 - (11) 腎移植に関する医療
 - (12) 小腸に関する医療
 - (13) 肝臓移植に関する医療
 - (14) 歯科矯正に関する医療
 - (15) 免疫に関する医療
- 3 「主として担当する医師又は歯科医師の経歴」は、医療の種類ごとに記載すること。
- 4 「自立支援医療を行うための入院設備の定員」は、医療の種類ごとに記載すること。
- 5 別紙1の「学位」は、専門科目に関する学位の有無を記載すること。
- 6 別紙1の「関係学会加入状況」は、加入している学会名及び学会における必要な記録を記載すること。
- 7 別紙1の「任免事項」は、次の点に留意し、記載すること。
 - (1) 医師免許取得時期を明記し、医師免許証の写しを添付すること。
 - (2) 病院研究機関等医師又は歯科医師が勤務し又は研究等のために利用した施設については、関係した専門科目名まで必ず記載すること。
(例えば、〇〇医科大学眼科学教室又は〇〇病院眼科のように記載し、〇〇医科大学、〇〇病院のように省略しないこと。)
 - (3) 勤務先における身分(例えば、医長、医員、講師、助手等)を明確に記載すること。
 - (4) 非常勤職員については、1か月又は1週間当たりの勤務日数及び延時間数を明確に記載すること。
 - (5) 2以上の施設に兼務する等の場合は、それぞれの施設における勤務条件又は利用状況等を具体的に記載すること。
(例えば、〇〇医科大学整形外科週4日(延〇時間勤務)、〇〇病院週2日(延〇時間勤務)等)
 - (6) 大学院については、専門コースを明確に記載すること。(例えば、〇〇医科大学大学院医学研究科整形外科学教室等)
- 8 別紙1には、指導者氏名、研究テーマ、研究の内容別(講義の受講、臨床的研究、理論的研究、実習等)期間、従事日数(1か月又は1週間当たり)、その他研究態様を明らかにするための主任教授等による証明書(別紙3)を添付すること。
- 9 腎臓に関する医療及び小腸に関する医療を担当しようとする場合は、それぞれ別紙4及び別紙5による臨床実績等に関する証明書を添付すること。
- 10 別紙2の自立支援医療を行うために必要な体制及び設備には、それぞれの医療で特に必要とされるものを主に記載すること。
- 11 心臓移植に関する医療のうち心臓移植術後の抗免疫療法を担当しようとする場合は、別紙6又は別紙7による臨床実績等に関する証明書を添付すること。
- 12 肝臓移植に関する医療のうち肝臓移植後の抗免疫療法を担当しようとする場合は、別紙8又は別紙9による臨床実績等に関する証明書を添付すること。

別紙1

経歴書(病院又は診療所用)

学 位		ふりがな 氏 名		生年月日	
現 住 所					
関係学会 加入状況					
年 月 日	任 免 事 項	師事した指導者の氏名、学位論文名又は学会に提出した論文名			

別紙2

自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要

	品	目	数	量	品	目	数	量
設 備 (主要なもの)								
体 制								

研究内容に関する証明書

医療機関名

氏名

1. 研究テーマ

2. 研究の内容別期間等

(1) 教室における臨床実習

自 年 月 日 } 月間(1週 日 時間)
至 年 月 日 }

(2) 教授指導下での教室外における臨床実習

自 年 月 日 } 月間(1週 日 時間)
至 年 月 日 }

3. その他の研究内容を明らかにするために必要な事項

主論文

副論文

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

大学名

氏名

(記名押印又は署名)

研究内容に関する証明書(記載例)

医療機関名

市立 ○○ 病院

氏名

△△ △

1. 研究テーマ

変形性膝関節症の組織学的研究

2. 研究の内容別期間等

(1) 教室における臨床実習

自 平成○年1月1日 } 6月間(1週 6日 44時間)
至 平成○年6月30日 }

(2) 教授指導下での教室外における臨床実習

自 平成○年7月1日 } 11月間(1週 6日 44時間)
至 平成○年5月31日 }

3. その他の研究内容を明らかにするために必要な事項

主論文 変形性膝関節症の組織学的研究

副論文 脊髄硬膜外肉芽腫の1治療例

小児に発生したpancoact腫瘍の1例

足関節固定術の経過的観察

上記のとおり相違ないことを証明する。

○○年○○月○○日

大学名 ○○大学医学部教授

氏名 △△ △

(記名押印又は署名)

別紙4

人工透析に関する専門研修・臨床実績証明書

医療機関名
氏 名

1 専門研修

(1) 研修期間

自 年 月 日
至 年 月 日

(2) 医療機関及び指導医

2 臨床実績

期 間	患者数	回数	医 療 機 関 名 等
年 月 ~ 年 月	人	回	
年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月			

3 透析療法従事職員研修受講の有無

- (1) 有(年度研修)
(2) 無

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名
氏 名

(記名押印又は署名)

中心静脈栄養法等に関する臨床実績証明書

医療機関名		主たる担当 医師名		
医療機関名	期 間	症 例 数		備 考
	年月日 年月日	中心静脈栄養法	うち、在宅中心静脈栄養法(再掲)	
	～		()	
	～		()	
	～		()	
	年月日 年月日	経腸栄養法		
	～			
	～			
	～			

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名

氏 名

(記名押印又は署名)

(記載要領)

- 1 「医療機関名」欄には、正式名称を記載すること。
- 2 「主たる担当医師名」欄には、小腸に関する医療を主として担当する医師の氏名を記載すること。
- 3 症例数を記入する欄には個々の症例を直近時から選んで記載し、調査票の記入欄を満たす範囲内で症例数を計上すれば足りること。
ただし、既定の症例数(中心静脈栄養法20例以上、経腸栄養法10例以上)について、患者性別、年齢、期間等の一覧を別途添付すること。
- 4 中心静脈栄養法の症例数のうち、在宅中心静脈栄養法については()内に再掲すること。
 - (1) 同一症例に対し断続的に繰り返し行った場合は、その都度、症例と数えて差し支えないこと。
 - (2) 中心静脈栄養法を開始した時点からその中心静脈栄養法の終了した時点までが10日間以上のものを症例として計上すること。
なお、カテーテル感染によりカテーテルを抜去し、同一日ないし翌日に再挿入した場合は1回とみなし、複数の症例として計上しないこと。

別紙6

心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書(主たる医師)

医療機関名		主たる担当 医師名	
期間		症例数	実施医療機関名等
年	月		心臓移植後の抗免疫療法 病院
日	日		
年	月		病院
日	日		
年	月		HP
日	日		
年	月		心臓移植術 病院
日	日		
年	月		HP
日	日		

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名

氏 名

(記名押印又は署名)

(記載要領)

- 医療機関名は正式名称を記載すること。
- 「主たる担当医師名」欄には、心臓移植術後の抗免疫療法に関する医療を主として担当する医師の氏名を記載すること。
- 「期間」、「症例数」欄には「主たる担当医師名」に記載した医師が、これまでに心臓移植後の抗免疫療法を実施した機関を直近時から遡って記載すること。
また、移植関係学会合同委員会において、心臓移植実施施設として選定された施設で心臓移植術及び心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床研修等の経験がある場合は、記載しても差し支えない。
- 「実施医療機関名等」欄には、これまでに心臓移植術後の抗免疫療法を実施した医療機関名等を記載すること。
なお、実施した医療機関については国内に限定するものではないが、国外の医療機関を記載する際は、備考欄に国名についても記載すること。
- 心臓移植術の経験がある場合は、心臓移植術についても記載すること。

別紙7

心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書(連携機関の医師)

連携する 医療機関		連携する 医師名	
期間		症例数	実施医療機関名等
年	月	日～	心臓移植術 病院
年	月	日	
備考 (国名)			
年	月	日～	病院
年	月	日	
年	月	日～	HP
年	月	日	
心臓移植術後の抗免疫療法			
年	月	日～	病院
年	月	日	
年	月	日～	HP
年	月	日	
連携する医師の経歴書	生年月日	学位	
年	月	日	任免事項
		師事した指導者名、学位論文名又は学会論文名	

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名

氏 名

(記名押印又は署名)

(記載要領)

- 1 医療機関名は正式名称を記載すること。
- 2 「連携する医師名」欄には、心臓移植術後の抗免疫療法に関する医療について連携する医師の氏名を記載すること。
- 3 「期間」、「症例数」、「実施医療機関名等」欄には、「連携する医師名」に記載した医師が、これまでに心臓移植術又は心臓移植後の抗免疫療法を実施した実績を直近時から遡って記載すること。

なお、実施した医療機関については国内に限定するものではないが、国外の医療機関を記載する際は備考欄に国名についても記載すること。

別紙8

肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書(主たる医師)

医療機関名		主たる担当 医師名	
期間		症例数	実施医療機関名等
年	月		肝臓移植後の抗免疫療法 病院
年	日		
年	月		病院
年	日		
年	月		HP
年	日		
年	月		肝臓移植術 病院
年	日		
年	月		HP
年	日		

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名

氏 名

(記名押印又は署名)

(記載要領)

- 医療機関名は正式名称を記載すること。
- 「主たる担当医師名」欄には、肝臓移植術後の抗免疫療法に関する医療を主として担当する医師の氏名を記載すること。
- 「期間」、「症例数」欄には「主たる担当医師名」に記載した医師が、これまでに肝臓移植術後の抗免疫療法を実施した期間を直近時から遡って記載すること。
また、移植関係学会合同委員会において、肝臓移植実施施設として選定された施設で肝臓移植術及び肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床研修等の経験がある場合は、記載しても差し支えない。
- 「実施医療機関名等」欄には、これまでに肝臓移植術後の抗免疫療法を実施した医療機関名等を記載すること。
なお、実施した医療機関については国内に限定するものではないが、国外の医療機関を記載する際は、備考欄に国名についても記載すること。
- 肝臓移植術の経験がある場合は、肝臓移植術についても記載すること。

肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書(連携機関の医師)

連携する 医療機関		連携する 医師名	
期間	症例数	実施医療機関名等	備考
年 月 日～ 年 月 日		肝臓移植術 病院	(国等)
年 月 日～ 年 月 日		病院	
年 月 日～ 年 月 日		HP	
年 月 日～ 年 月 日		肝臓移植術後の抗免疫療法 病院	
年 月 日～ 年 月 日		HP	
連携する医師の経歴書	生年月日	学位	
年 月 日	任免事項	師事した指導者名、学位論文名又は学会論文名	

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名

氏 名

(記名押印又は署名)

(記載要領)

- 1 医療機関名は正式名称を記載すること。
- 2 「連携する医師名」欄には、肝臓移植術後の抗免疫療法に関する医療について連携する医師の氏名を記載すること。
- 3 「期間」、「症例数」、「実施医療機関名等」欄には、「連携する医師名」に記載した医師が、これまでに肝臓移植術又は肝臓移植術後の抗免疫療法を実施した実績を直近時から遡って記載すること。

なお、実施した医療機関については国内に限定するものではないが、国外の医療機関を記載する際は備考欄に国名についても記載すること。

様式第22号(第12条関係)

指定自立支援医療機関(精神通院医療)〔指定・指定更新〕申請書
(病院又は診療所)

保険医療機関	医療機関コード		
	名 称		
	所在地及び 電話番号、 ファックス番号	(〒 —)	TEL : FAX :
開 設 者	住 所	(〒 —)	
	氏名又は名称		
標榜している診療科目			
主として担当する医師氏名			略歴 (別紙)
団 体 へ の 加 盟 状 況		加盟・未加盟	
<p>上記のとおり、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(平成17年法律第123号)〔第59条第1項の規定による・第60条第1項の規定に基づき〕指定自立支援医療機関(精神通院医療)として〔指定・指定を更新〕されたく申請する。</p> <p>年 月 日</p> <p>開 設 者 住 所 氏名又は名称 (記名押印又は署名)</p> <p>福岡県知事 殿</p>			

(記載要領) 病院・診療所

- 1 「医療機関コード」は、診療報酬請求(レセプト)に記載するコードを記載すること。
- 2 「保険医療機関」の名称は、正式名称を記載すること。
- 3 保険医療機関の電話番号、ファックス番号がない場合は、「なし」と記載すること。
- 4 「標榜している診療科目」で、診療科目が多数ある医療機関については、精神通院医療に主に関係する診療科目のみで差し支えないこととする。
- 5 医師の経歴書の任免事項は、次の点に留意し、記載すること。(主として担当する医師が複数ある場合には、常勤を優先とし、そのうちいずれか1名について記載)

(1) 医師免許取得時期を明記し、医師免許証の写しを添付すること。また、精神保健指定医である場合には、指定医証の写しを添付すること。

(2) 病院、診療所等医師が勤務した施設については、関係した専門科目名まで必ず記載すること。

(例えば、〇〇医科大学精神科教室または〇〇病院精神科のように記載し、〇〇医科大学、〇〇病院のように省略しないこと。)

(3) 勤務先における身分(例えば、医長、医員、講師、助手等)を明確に記載すること。

(4) 非常勤職員については、申請時点における直近1か月または1週間当たりの勤務日数及び延時間数を明確に記載すること。

(5) 2以上の施設に兼務する等の場合にあつては、申請の対象となる施設における勤務条件または利用状況等を具体的に記載すること。

(例えば、〇〇医科大学精神科週4日(延〇時間勤務)等)

(6) 精神科及び神経科以外の診療科に勤務している場合にあつては、精神疾患の3年以上の診療実績を明確に記載すること。

(例えば、

〇〇年	てんかん症例	月〇人	統合失調症症例	月〇人
〇〇年	てんかん症例	月〇人	躁うつ病症例	月〇人
〇〇年	てんかん症例	月〇人	認知症症例	月〇人

)

6 「団体への加盟状況」については、福岡県医師会、福岡県精神科病院協会、福岡県精神神経科診療所協会のいずれかへの加盟状況に○を付けること。

この記載は、団体を通じて通知等を行う際に、加盟されていない医療機関については個別通知を行うために必要となるものである。

別紙

経 歴 書 (医 師)

ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日
現住所	(〒 —)		
年 月 日	任 免 事 項		

様式第23号(第12条関係)

(平25規則15・令3規則26・一部改正)

様式第23号(第12条関係)

指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)〔指定(変更)・指定更新〕申請書
(薬局)

保 険 業 局	名 称			
	所 在 地	(〒 —)	(電話番号)	
開 設 者	住 所	(〒 —)		
	氏名又は名称			
薬 剤 師 の 氏 名			略 歴	(別紙1)
調剤のために必要な設備及び施設の概要			(別紙2) 更新の場合 変更の有無 有 ・ 無	
変 更 申 請 理 由				
<p>上記のとおり、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(平成17年法律第123号)〔第59条第1項の規定による・第60条第1項の規定に基づき〕指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)として〔指定(変更)・指定を更新〕されたく申請する。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">開 設 者 住 所 氏名又は名称 (記名押印又は署名)</p> <p>福岡県知事 殿</p>				

- ※1 育成医療又は更生医療いずれか単独での指定(変更又は指定更新)を希望する場合は、様式中の「(育成医療・更生医療)」のうち、指定(変更又は指定更新)を希望しない医療部分を二重線で消去すること。
- ※2 変更申請の場合は、理由を明確に記載の上、変更事項のみ記載すること。
- ※3 指定更新申請の場合は、別紙1及び別紙2の提出は不要であること。
ただし、「調剤のために必要な設備及び施設の変更の有無」において、直近の指定の申請(変更届出含む)から変更があった場合は、別紙2を添付すること。

別紙1

経 歴 書 (薬 局 用)

学 位		ふりがな 氏 名		生年月日	
現 住 所					
最 終 学 歴					
主 たる 職 歴					

(添付書類) 薬剤師免許証の写し

別紙2

調剤のために必要な設備及び施設の概要

調剤室の構造		調剤室の面積	
	品 目	品 目	
主たる設備			

(備考) 1 薬局の見取図を添付すること。

2 主たる設備の欄には、薬局等構造設備規則(昭和36年厚生省令第2号)に掲げるもの以外のものがある場合にのみ、その主たるものを記載すること。

様式第24号(第12条関係)

(平25規則15・令3規則26・一部改正)

様式第24号(第12条関係)

指定自立支援医療機関(精神通院医療)〔指定・指定更新〕申請書
(薬局)

保 険 薬 局	医療機関コード		
	名 称		
	所在地及び 電話番号、 ファックス番号	(〒 —)	TEL : FAX :
開 設 者	住 所	(〒 —)	
	氏名又は名称		
薬 剤 師 の 氏 名		略歴	(別紙)
団 体 へ の 加 盟 状 況	加盟 ・ 未加盟		
<p>上記のとおり、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(平成17年法律第123号)〔第59条第1項の規定による・第60条第1項の規定に基づき〕指定自立支援医療機関(精神通院医療)として〔指定・指定を更新〕されたく申請する。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">開 設 者 住 所 氏名又は名称 (記名押印又は署名)</p> <p>福岡県知事 殿</p>			

別紙

経 歴 書 (薬剤師)

ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日
現住所	(〒 ー)		
学 位			
最終学歴			
主たる 職 歴			

様式第25号(第12条関係)

(平25規則15・令3規則26・一部改正)

様式第25号(第12条関係)

指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)〔指定(変更)・指定更新〕申請書
(指定訪問看護事業者等)

指定居宅サービス事業者・ 指定訪問看護事業者	名 称	
	主たる事業所の所在地	〒
訪問看護ステーション等	名 称	
	所 在 地	〒
	職 員 の 定 数	(別紙) 更新の場合 変更の有無 有・無
変更理由		
<p>上記のとおり、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(平成17年法律第123号)〔第59条第1項の規定による・第60条第1項の規定に基づき〕指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)として〔指定(変更)・指定を更新〕されたく申請する。</p> <p>年 月 日</p> <p>指定居宅サービス事業者 指定訪問看護事業者 所在地 名称 (記名押印又は署名)</p> <p>福岡県知事殿</p>		

- ※1 育成医療又は更生医療いずれか単独での指定(変更又は指定更新)を希望する場合は、様式中の「(育成医療・更生医療)」のうち、指定(変更又は指定更新)を希望しない医療部分を二重線で消去すること。
- ※2 変更申請の場合は、変更等理由を明確に記載の上、変更事項のみ記載すること。
- ※3 指定更新申請の場合は、別紙の提出は不要であること。
ただし、「職員の定員の変更の有無」において、直近の指定の申請(変更届出含む)から変更があった場合は、別紙を添付すること。

別紙

訪問看護ステーション等において指定訪問看護若しくは指定老人訪問看護又は指定居宅サービス(介護保険法第8条第4項に規定する訪問看護に限る。)に従事する職員の定数

職 種	定 数

(備考) 職員の定数は、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等の職種ごとに記載すること。

様式第26号(第12条関係)

指定自立支援医療機関(精神通院医療)〔指定・指定更新〕申請書
(指定訪問看護事業者等)

指定居宅サービス事業者・ 指定訪問看護事業者	名 称	
	主たる事務所の所在地	(〒 ー)
訪問看護ステーション等	医療機関コード	
	名 称	
	所在地及び電話番号、ファックス番号	(〒 ー) TEL : FAX :
	職員の定数	(別紙)
上記のとおり、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(平成17年法律第123号)〔第59条第1項の規定による・第60条第1項の規定に基づき〕指定自立支援医療機関(精神通院医療)として〔指定・指定を更新〕されたく申請する。		
年 月 日		
開設者 住 所 氏名又は名称 (記名押印又は署名)		
福岡県知事 殿		

別紙

訪問看護ステーション等において指定訪問看護若しくは指定老人訪問看護又は指定居宅サービス(介護保険法第8条第4項に規定する訪問看護に限る。)に従事する職員の定数

職 種	定 数
保健師	
看護師	
理学療法士	
作業療法士	

(備考) 職員の定数は、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等の職種ごとに記載すること。

様式第27号(第13条関係)

指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)変更届出書
(病院又は診療所)

保険医療機関	名 称			
	所 在 地	(〒 ー) (電話番号)		
開 設 者	住 所	(〒 ー)		
	氏名又は名称			
標榜している診療科目				
担当しようとする医療の種類				
主として担当する医師又は歯科医師の氏名				
主として担当する医師又は歯科医師の経歴		(別紙1)	自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要	(別紙2)
自立支援医療を行うための入院設備の定員				人
変 更 届 出 理 由				
上記のとおり、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(平成17年法律第123号)第64条の規定に基づき変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため届出を行う。 年 月 日 開設者 住所 氏名又は名称 (記名押印又は署名) 福岡県知事 殿				

※直近の指定の申請(変更申請及び変更届出含む)時点から変更が生じていない事項については、当該事項に係る添付書類を省略することができる。

(記載要領)

- 1 「保険医療機関」の名称は正式名称を記載すること。
- 2 「担当しようとする医療の種類」は次のうち希望するものを記載すること。
 - (1) 眼科に関する医療
 - (2) 耳鼻咽喉科に関する医療
 - (3) 口腔に関する医療
 - (4) 整形外科に関する医療
 - (5) 形成外科に関する医療
 - (6) 中枢神経に関する医療
 - (7) 脳神経外科に関する医療
 - (8) 心臓脈管外科に関する医療
 - (9) 心臓移植に関する医療
 - (10) 腎臓に関する医療
 - (11) 腎移植に関する医療
 - (12) 小腸に関する医療
 - (13) 肝臓移植に関する医療
 - (14) 歯科矯正に関する医療
 - (15) 免疫に関する医療
- 3 「主として担当する医師又は歯科医師の経歴」は、医療の種類ごとに記載すること。
- 4 「自立支援医療を行うための入院設備の定員」は、医療の種類ごとに記載すること。
- 5 別紙1の「学位」は、専門科目に関する学位の有無を記載すること。
- 6 別紙1の「関係学会加入状況」は、加入している学会名及び学会における必要な記録を記載すること。
- 7 別紙1の「任免事項」は、次の点に留意し、記載すること。
 - (1) 医師免許取得時期を明記し、医師免許証の写しを添付すること。
 - (2) 病院研究機関等医師又は歯科医師が勤務し又は研究等のために利用した施設については、関係した専門科目名まで必ず記載すること。
(例えば、〇〇医科大学眼科学教室又は〇〇病院眼科のように記載し、〇〇医科大学、〇〇病院のように省略しないこと。)
 - (3) 勤務先における身分(例えば、医長、医員、講師、助手等)を明確に記載すること。
 - (4) 非常勤職員については、1か月又は1週間当たりの勤務日数及び延時間数を明確に記載すること。
 - (5) 2以上の施設に兼務する等の場合は、それぞれの施設における勤務条件又は利用状況等を具体的に記載すること。
(例えば、〇〇医科大学整形外科週4日(延〇時間勤務)、〇〇病院週2日(延〇時間勤務)等)
 - (6) 大学院については、専門コースを明確に記載すること。(例えば、〇〇医科大学大学院医学研究科整形外科学教室等)
- 8 別紙1には、指導者氏名、研究テーマ、研究の内容別(講義の受講、臨床的研究、理論的研究、実習等)期間、従事日数(1か月又は1週間当たり)、その他研究態様を明らかにするための主任教授等による証明書(別紙3)を添付すること。
- 9 腎臓に関する医療及び小腸に関する医療を担当しようとする場合は、それぞれ別紙4及び別紙5による臨床実績等に関する証明書を添付すること。
- 10 別紙2の自立支援医療を行うために必要な体制及び設備には、それぞれの医療で特に必要とされるものを主に記載すること。
- 11 心臓移植に関する医療のうち心臓移植術後の抗免疫療法を担当しようとする場合は、別紙6又は別紙7による臨床実績等に関する証明書を添付すること。
- 12 肝臓移植に関する医療のうち肝臓移植後の抗免疫療法を担当しようとする場合は、別紙8又は別紙9による臨床実績等に関する証明書を添付すること。

別紙1

経歴書(病院又は診療所用)

学 位		ふりがな 氏 名		生年月日	
現 住 所					
関係学会 加入状況					
年 月 日	任 免 事 項	師事した指導者の氏名、学位論文名又は学会に提出した論文名			

別紙2

自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要

	品	目	数	量	品	目	数	量
設 備 (主 要 な も の)								
体 制								

研究内容に関する証明書

医療機関名
氏 名

- 1 研究テーマ
- 2 研究の内容別期間等
 - (1)教室における臨床実習
自 年 月 日 } 月間(1週 日 時間)
至 年 月 日
 - (2)教授指導下での教室外における臨床実習
自 年 月 日 } 月間(1週 日 時間)
至 年 月 日
- 3 その他の研究内容を明らかにするために必要な事項
主論文
副論文

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

大学名

氏 名

(記名押印又は署名)

研究内容に関する証明書(記載例)

医療機関名 市立 ○○ 病院
氏 名 △△ △

- 1 研究テーマ 変形性膝関節症の組織学的研究
- 2 研究の内容別期間等
 - (1)教室における臨床実習
自 平成○年 1月 1日 } 6 月間(1週 6日 44時間)
至 平成○年 6月 30日
 - (2)教授指導下での教室外における臨床実習
自 平成○年 7月 1日 } 11 月間(1週 6日 44時間)
至 平成○年 5月 31日
- 3 その他の研究内容を明らかにするために必要な事項
主論文 変形性膝関節症の組織学的研究
副論文 脊髄硬膜外肉芽腫の1治療例
小児に発生したpancoast腫瘍の1例
足関節固定術の経過的観察

上記のとおり相違ないことを証明する。

○○年○○月○○日

大学名 ○○大学医学部教授

氏 名 △△ △

(記名押印又は署名)

別紙4

人工透析に関する専門研修・臨床実績証明書

医療機関名
氏 名

1 専門研修

(1) 研修期間

自 年 月 日
至 年 月 日

(2) 医療機関及び指導医

2 臨床実績

期 間	患者数	回数	医 療 機 関 名 等
年 月 ~ 年 月	人	回	
年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月			

3 透析療法従事職員研修受講の有無

- (1) 有(年度研修)
(2) 無

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名
氏 名

(記名押印又は署名)

中心静脈栄養法等に関する臨床実績証明書

医療機関名			主たる担当 医師名		
医療機関名	期 間		症 例 数		備 考
	年月日	年月日	中心静脈栄養法	うち、在宅中心静脈栄養法(再掲)	
	～			()	
	～			()	
	～			()	
	年月日	年月日	経腸栄養法		
	～				
	～				
	～				

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名
氏 名

(記名押印又は署名)

(記載要領)

- 1 「医療機関名」欄には、正式名称を記載すること。
- 2 「主たる担当医師名」欄には、小腸に関する医療を主として担当する医師の氏名を記載すること。
- 3 症例数を記入する欄には個々の症例を直近時から選って記載し、調査票の記入欄を満たす範囲内で症例数を計上すれば足りること。

ただし、既定の症例数(中心静脈栄養法20例以上、経腸栄養法10例以上)について、患者性別、年齢、期間等の一覧を別途添付すること。

- 4 中心静脈栄養法の症例数のうち、在宅中心静脈栄養法については()内に再掲すること。
 - (1) 同一症例に対し断続的に繰り返し行った場合は、その都度、症例と数えて差し支えないこと。
 - (2) 中心静脈栄養法を開始した時点からその中心静脈栄養法の終了した時点までが10日間以上のものを症例として計上すること。

なお、カテーテル感染によりカテーテルを抜去し、同一日ないし翌日に再挿入した場合は1回とみなし、複数の症例として計上しないこと。

別紙6

心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書(主たる医師)

医療機関名		主たる担当 医師名	
期間		症例数	実施医療機関名等
年	月		心臓移植後の抗免疫療法
日	日		病院
年	月		病院
日	日		HP
年	月		心臓移植術
日	日		病院
年	月		HP
日	日		

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名

氏 名

(記名押印又は署名)

(記載要領)

- 医療機関名は正式名称を記載すること。
- 「主たる担当医師名」欄には、心臓移植術後の抗免疫療法に関する医療を主として担当する医師の氏名を記載すること。
- 「期間」、「症例数」欄には「主たる担当医師名」に記載した医師が、これまでに心臓移植後の抗免疫療法を実施した機関を直近時から遡って記載すること。
また、移植関係学会合同委員会において、心臓移植実施施設として選定された施設で心臓移植術及び心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床研修等の経験がある場合は、記載しても差し支えない。
- 「実施医療機関名等」欄には、これまでに心臓移植術後の抗免疫療法を実施した医療機関名等を記載すること。
なお、実施した医療機関については国内に限定するものではないが、国外の医療機関を記載する際は、備考欄に国名についても記載すること。
- 心臓移植術の経験がある場合は、心臓移植術についても記載すること。

別紙7

心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書(連携機関の医師)

連携する 医療機関		連携する 医師名	
期間		症例数	実施医療機関名等
年	月	日～	心臓移植術 病院
年	月	日	
備考 (国名)			
年	月	日～	病院
年	月	日	
年	月	日～	HP
年	月	日	
心臓移植術後の抗免疫療法			
年	月	日～	病院
年	月	日	
年	月	日～	HP
年	月	日	
連携する医師の経歴書	生年月日	学位	
年	月	日	任免事項
		師事した指導者名、学位論文名又は学会論文名	

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名

氏 名

(記名押印又は署名)

(記載要領)

- 1 医療機関名は正式名称を記載すること。
- 2 「連携する医師名」欄には、心臓移植術後の抗免疫療法に関する医療について連携する医師の氏名を記載すること。
- 3 「期間」、「症例数」、「実施医療機関名等」欄には、「連携する医師名」に記載した医師が、これまでに心臓移植術又は心臓移植後の抗免疫療法を実施した実績を直近時から遡って記載すること。

なお、実施した医療機関については国内に限定するものではないが、国外の医療機関を記載する際は備考欄に国名についても記載すること。

別紙8

肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書(主たる医師)

医療機関名		主たる担当 医師名	
期間		症例数	実施医療機関名等
年	月		肝臓移植後の抗免疫療法
日	日		病院
備考	(国名)		
年	月		病院
日	日		HP
年	月		肝臓移植術
日	日		病院
年	月		HP
日	日		

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名

氏 名

(記名押印又は署名)

(記載要領)

- 1 医療機関名は正式名称を記載すること。
- 2 「主たる担当医師名」欄には、肝臓移植術後の抗免疫療法に関する医療を主として担当する医師の氏名を記載すること。
- 3 「期間」、「症例数」欄には「主たる担当医師名」に記載した医師が、これまでに肝臓移植術後の抗免疫療法を実施した期間を直近時から遡って記載すること。
また、移植関係学会合同委員会において、肝臓移植実施施設として選定された施設で肝臓移植術及び肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床研修等の経験がある場合は、記載しても差し支えない。
- 4 「実施医療機関名等」欄には、これまでに肝臓移植術後の抗免疫療法を実施した医療機関名等を記載すること。
なお、実施した医療機関については国内に限定するものではないが、国外の医療機関を記載する際は、備考欄に国名についても記載すること。
- 5 肝臓移植術の経験がある場合は、肝臓移植術についても記載すること。

肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書(連携機関の医師)

連携する 医療機関		連携する 医師名	
期間	症例数	実施医療機関名等	備考
年 月 日～ 年 月 日		肝臓移植術 病院	(国等)
年 月 日～ 年 月 日		病院	
年 月 日～ 年 月 日		HP	
年 月 日～ 年 月 日		肝臓移植術後の抗免疫療法 病院	
年 月 日～ 年 月 日		HP	
連携する医師の経歴書	生年月日	学位	
年 月 日	任免事項	師事した指導者名、学位論文名又は学会論文名	

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名

氏 名

(記名押印又は署名)

(記載要領)

- 1 医療機関名は正式名称を記載すること。
- 2 「連携する医師名」欄には、肝臓移植術後の抗免疫療法に関する医療について連携する医師の氏名を記載すること。
- 3 「期間」、「症例数」、「実施医療機関名等」欄には、「連携する医師名」に記載した医師が、これまでに肝臓移植術又は肝臓移植術後の抗免疫療法を実施した実績を直近時から遡って記載すること。

なお、実施した医療機関については国内に限定するものではないが、国外の医療機関を記載する際は備考欄に国名についても記載すること。

様式第28号(第13条関係)

指定自立支援医療機関(精神通院医療)指定変更届出書
(病院又は診療所)

保険医療機関	医療機関コード			
	名 称			
	所在地及び 電話番号、 ファックス番号	(〒 —) TEL : FAX :		
開 設 者	住 所	(〒 —)		
	氏名又は名称			
標榜している診療科目				
主として担当する医師氏名		略 歴	(別紙)	
変 更 年 月 日				
変 更 理 由				
団 体 へ の 加 盟 状 況		加盟 ・ 未加盟		
<p>上記のとおり、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(平成17年法律第123号)第64条の規定に基づき変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため届出を行う。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">開 設 者 住 所 氏名又は名称 (記名押印又は署名)</p> <p>福岡県知事 殿</p>				

(記載要領)病院・診療所

- 1 「医療機関コード」は、診療報酬請求(レセプト)に記載するコードを記載すること。
- 2 「保険医療機関」の名称は、正式名称を記載すること。
- 3 保険医療機関の電話番号、ファックス番号がない場合は、「なし」と記載すること。
- 4 「標榜している診療科目」で、診療科目が多数ある医療機関については、精神通院医療に主に関係する診療科目のみで差し支えないこととする。
- 5 医師の経歴書の任免事項は、次の点に留意し、記載すること。(主として担当する医師が複数ある場合には、常勤を優先とし、そのうちいずれか1名について記載)
 - (1) 医師免許取得時期を明記し、医師免許証の写しを添付すること。また、精神保健指定医である場合には、指定医証の写しを添付すること。
 - (2) 病院、診療所等医師が勤務した施設については、関係した専門科目名まで必ず記載すること。
(例えば、〇〇医科大学精神科教室または〇〇病院精神科のように記載し、〇〇医科大学、〇〇病院のように省略しないこと。)
 - (3) 勤務先における身分(例えば、医長、医員、講師、助手等)を明確に記載すること。
 - (4) 非常勤職員については、申請時点における直近1か月または1週間あたりの勤務日数及び延時間数を明確に記載すること。
 - (5) 2以上の施設に兼務する等の場合にあっては、申請の対象となる施設における勤務条件または利用状況等を具体的に記載すること。
(例えば、〇〇医科大学精神科週4日(延〇時間勤務)等)
 - (6) 精神科及び神経科以外の診療科に勤務している場合にあっては、精神疾患の3年以上の診療実績を明確に記載すること。
(例えば、

H〇〇年	てんかん症例	月〇人	統合失調症症例	月〇人
H〇〇年	てんかん症例	月〇人	躁うつ病症例	月〇人
H〇〇年	てんかん症例	月〇人	認知症症例	月〇人

)
- 6 変更理由には、保険医療機関の名称変更、開設者の氏名又は名称変更、主として担当する医師の変更等理由を明確に記載することの上、医療機関コード及び変更事項を記載すること。
ただし、開設者が変わる場合(例：親から子への相続による変更、個人から法人への変更等)は、変更ではなく新規申請を行うこと。
- 7 「団体への加盟状況」については、福岡県医師会、福岡県精神科病院協会、福岡県精神神経科診療所協会のいずれかへの加盟状況に○を付けること。
この記載は、団体を通じて通知等を行う際に、加盟されていない医療機関については個別通知を行うために必要となるものである。

別紙

経 歴 書 (医 師)

ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日
現住所	(〒 ー)		
年月日	任 免 事 項		

様式第29号(第13条関係)

(平25規則15・令3規則26・一部改正)

様式第29号(第13条関係)

指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)変更届出書
(薬局)

保険薬局	名 称			
	所 在 地	(〒 ー)	(電話番号)	
開 設 者	住 所	(〒 ー)		
	氏名又は名称			
薬 剤 師 の 氏 名		略 歴	(別紙1)	
調剤のために必要な設備及び施設の概要		(別紙2)		
変 更 届 出 理 由				
<p>上記のとおり、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(平成17年法律第123号)第64条の規定に基づき変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため届出を行う。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">開設者 住所 氏名又は名称 (記名押印又は署名)</p> <p>福岡県知事 殿</p>				

※保険薬局の名称変更、薬剤師の変更等理由を明確に記載の上、変更事項のみ記載すること。

※直近の指定の申請(変更届出含む。)時点から変更が生じていない事項については、当該事項に係る添付書類を省略することができる。

別紙1

経 歴 書 (薬 局 用)

学 位		ふりがな 氏 名		生年月日	
現 住 所					
最終学歴					
主 たる 職 歴					

(添付書類) 薬剤師免許証の写し

別紙2

調剤のために必要な設備及び施設の概要

調剤室の構造	調剤室の面積	
主たる設備	品目	品目

- (備考) 1 薬局の見取図を添付すること。
2 主たる設備の欄には、薬局等構造設備規則(昭和36年厚生省令第2号)に掲げるもの以外のものがある場合にのみ、その主たるものを記載すること。

様式第30号(第13条関係)

指定自立支援医療機関(精神通院医療)指定変更届出書
(薬局)

保 険 薬 局	医療機関コード		
	名 称		
	所在地及び 電話番号、 ファックス番号	(〒 ー)	TEL : FAX :
開 設 者	住 所	(〒 ー)	
	氏名又は名称		
薬 剤 師 の 氏 名		略 歴	(別紙)
変 更 年 月 日			
変 更 理 由			
団 体 へ の 加 盟 状 況	加盟 ・ 未加盟		
<p>上記のとおり、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(平成17年法律第123号)第64条の規定に基づき変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため届出を行う。</p> <p>年 月 日</p> <p>開 設 者 住 所 氏名又は名称 (記名押印又は署名)</p> <p>福岡県知事 殿</p>			

別紙

経 歴 書 (薬 剤 師)

ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日
現住所	(〒 ー)		
学 位			
最終学歴			
主たる 職歴			

様式第31号(第13条関係)

(平25規則15・令3規則26・一部改正)

様式第31号(第13条関係)

指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)指定変更届出書
(指定訪問看護事業者等)

指定居宅サービス事業者・指定訪問看護事業者	名 称	
	主たる事務所の所在地	(〒 —)
訪問看護ステーション等	名 称	
	所 在 地	(〒 —) (電話番号)
	職 員 の 定 数	(別紙)
変更届出理由		
<p>上記のとおり、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(平成17年法律第123号)第64条の規定に基づき変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため届出を行う。</p> <p>年 月 日</p> <p>指定居宅サービス事業者 指定訪問看護事業者 所在地 名称 (記名押印又は署名)</p> <p>福岡県知事 殿</p>		

※ 変更の場合は、訪問看護ステーション等の名称変更、同所在地の変更等理由を明確に記載の上、変更事項のみ記載すること。

※ 直近の指定の申請(変更届出含む。)時点から変更が生じていない事項については、当該事項に係る添付書類を省略することができる。

(添付書類)健康保険法による指定訪問看護事業者又は介護保険法による指定居宅サービス事業者(訪問看護を行う者に限る。)指定通知書の写し

別紙

訪問看護ステーション等において指定訪問看護若しくは指定老人訪問看護又は指定居宅サービス(介護保険法第8条第4項に規定する訪問看護に限る。)に従事する職員の定数

職 種	定 数

(備考) 職員の定数は、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等の職種ごとに記載すること。

指定自立支援医療機関(精神通院医療)指定変更届出書
(指定訪問看護事業者等)

指定居宅サービス事業者・ 指定訪問看護事業者	名 称	
	主たる事務所の所在地	(〒 ー)
訪問看護ステーション等	医療機関コード	
	名 称	
	所在地及び電話番号、ファックス番号	(〒 ー) TEL : FAX :
	職員の定数	(別紙)
変 更 年 月 日		
変 更 理 由		
<p>上記のとおり、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(平成17年法律第123号)第64条の規定に基づき変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため届出を行う。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">開 設 者 住 所 氏名又は名称 (記名押印又は署名)</p> <p>福岡県知事 殿</p>		

様式第33号(第14条関係)

指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)辞退届

種 別	1 病院又は診療所 2 薬局 3 訪問看護ステーション等
医療機関コード	
名 称	
辞 退 年 月 日	年 月 日
辞 退 理 由	
<p>上記のとおり、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(平成17年法律第123号)第65条の規定に基づき辞退届を提出します。</p> <p>年 月 日</p> <p>開 設 者 等 住 所 氏名又は名称 (記名押印又は署名)</p> <p>福岡県知事 殿</p>	

(記入要領)

- 1 種別が分かるよう番号に○を付けること。
- 2 辞退年月日は、都道府県への提出日から1か月以上を経過した日であること。

(注意事項)

- 1 辞退届の提出に際し、現に診療等を行っている方がいる場合は、その方々への周知を行い、他の医療機関等へ変更申請を行うよう指導すること。

様式第34号(第14条関係)

(平25規則15・令3規則26・一部改正)

様式第34号(第14条関係)

指定自立支援医療機関(精神通院医療)辞退届

種 別	1 病院又は診療所 2 薬局 3 訪問看護ステーション等
医療機関コード	
名 称	
辞 退 年 月 日	年 月 日
辞 退 理 由	
<p>上記のとおり、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(平成17年法律第123号)第65条の規定に基づき辞退届を提出します。</p> <p>年 月 日</p> <p>開 設 者 等 住 所 氏名又は名称 (記名押印又は署名)</p> <p>福岡県知事 殿</p>	

(記入要領)

- 1 種別が分かるよう番号に○を付けること。
- 2 辞退年月日は、都道府県への提出日から1か月以上を経過した日であること。

(注意事項)

- 1 辞退届の提出に際し、現に診療等を行っている方がいる場合は、その方々への周知を行い、他の医療機関等へ変更申請を行うよう指導すること。

様式第36号(第16条関係)

様式第36号(第16条関係)

指定自立支援医療機関(精神通院医療)台帳〔病院又は診療所〕

NO	医療機関名	〒	住所	TEL	FAX	主として担当する医師の氏名	指定(変更)年月日
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							
31							
32							
33							
34							
35							
36							
37							
38							
39							
40							
41							
42							
43							
44							
45							
46							
47							
48							
49							
50							

様式第38号(第16条関係)

様式第38号(第16条関係)

指定自立支援医療機関(精神通院医療)台帳〔薬局〕

NO	薬局名	〒	住所	TEL	FAX	薬剤師の氏名	指定(変更)年月日
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							
31							
32							
33							
34							
35							
36							
37							
38							
39							
40							
41							
42							
43							
44							
45							
46							
47							
48							
49							
50							

様式第40号(第16条関係)

様式第40号(第16条関係)

指定自立支援医療機関(精神通院医療)台帳〔訪問介護〕

NO	訪問看護ステーション等名	〒	住所	TEL	FAX	指定(変更)年月日
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						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						
42						
43						
44						
45						
46						
47						
48						
49						
50						