

福岡県公報

平成十九年五月三十日
第二千六百八十三号
増刊 ①

目次

規 則 (第四十九号―第五十三号)

福岡県障害者自立支援法施行細則 (障害者福祉課) …………… 一

福岡県身体障害者福祉法施行細則の一部を改正する規則 (障害者福祉課) …………… 一

(障害者福祉課) …………… 一

福岡県児童福祉法施行細則の一部を改正する規則 (障害者福祉課) …………… 一三三

福岡県河川法施行細則の一部を改正する規則 (河川課) …………… 一六四

福岡県砂利採取計画等に関する細則の一部を改正する規則 (河川課) …………… 一七四

規 則

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。

平成十九年五月三十日

福岡県知事 麻 生 渡

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

(趣旨)

第一条 この規則は、障害者自立支援法(平成十七年法律第百二十三号。以下「法」という。)、障害者自立支援法施行令(平成十八年政令第十号。以下「政令」という。)

及び障害者自立支援法施行規則(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、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設

及び指定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。

(指定障害福祉サービス事業者の指定の申請)

第二条 法第三十六条第一項(法第四十条において準用する場合を含む。)及び第三十八条第一項の規定による指定の申請は、指定障害福祉サービス事業所・指定障害者支援施設・指定相談支援事業所指定申請書(様式第一号)によるものとする。

(特定障害福祉サービス事業者及び指定障害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、特定障害福祉サービス事業所・指定障害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。

(指定障害福祉サービス事業者の変更の届出等)

第四条 法第四十六条第一項及び第二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。

(指定障害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。

(公示)

第六条 法第五十一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 指定に係る事業所又は施設の名称及び所在地

二 指定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、事業の廃止、指定の辞退又は指定の取消しの年月日

四 指定に係るサービスの種類

五 指定に係る事業所又は施設の事業所番号

(障害福祉サービス事業等の開始等の届出)

第七条 法七十九条第二項及び第三項の規定による届出は、障害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、障害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。
(自立支援医療費の支給認定の申請等)

第八条 法第五十二条第一項の規定による申請(育成医療(政令第一条第一号に規定する育成医療をいう。以下同じ。))又は精神通院医療(政令第一条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、育成医療に係る申請にあつては自立支援医療費(育成医療)支給認定申請書(様式第八号)によるものとし、精神通院医療に係る申請にあつては自立支援医療費(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、自立支援医療(育成医療)意見書(様式第十号)若しくは「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。

(自立支援医療受給者証等の交付)

第九条 知事は、育成医療に係る前条第一項の規定による申請があつた場合においては、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(育成医療)(様式第十三号)及び自立支援医療(育成医療)自己負担上限額管理票(様式第十四号)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(育成医療)(様式第十五号)を申請者に送付しなければならない。

2 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つた場合においては、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)及び自立支援医療(精神通院医療)自己負担上限額管理票(様式第十七号)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。
(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、育成医療に係る届出にあつては自立支援医療受給者証等記載事項変更届(育成医療)(様式第十九号)によるものとし

、精神通院医療に係る届出にあつて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。
(自立支援医療に係る書類の経由)

第十一条 この規則による育成医療に係る書類は、医療の支給認定を受けようとする障害児の保護者の居住地を管轄する保健福祉環境事務所長を経由して知事に提出するものとする。

2 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害者又は障害児の保護者の居住地の市町村を経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。

(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	薬局	
指定訪問看護事業者等	育成医療及び更生医療	精神通院医療	様式第二十一号
	精神通院医療	育成医療及び更生医療	様式第二十二号
病院又は診療所	育成医療及び更生医療	精神通院医療	様式第二十三号
	精神通院医療	育成医療及び更生医療	様式第二十四号
	精神通院医療	育成医療及び更生医療	様式第二十五号
薬局	精神通院医療	育成医療及び更生医療	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

(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 精神通院医療
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届出は、育成医療又は更生医療に係る届出にあつては指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療) 辞退届(様式第三十二号)によるものとし、精神通院医療に係る届出にあつ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 精神通院医療
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。

様式目次

様式第一号	指定障害福祉サービス事業所・指定障害者支援施設・指定相談支援事業所指定申請書	第二条
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	第二条
付表一	居宅介護・重度訪問介護・行動援護事業所等の指定に係る記載事項	第二条
付表二	療養介護事業所の指定に係る記載事項	第二条
付表三	生活介護事業所の指定に係る記載事項	第二条
付表三 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	第二条
付表四	児童デイサービス事業所の指定に係る記載事項	第二条
付表五	短期入所事業所の指定に係る記載事項	第二条

付表六	重度障害者等包括支援事業所の指定に係る記載事項	付表十三	指定障害福祉サービス事業所に係る多機能型による事業を実施する場合の記載事項(総括表)その一・その二
付表七	共同生活介護事業所(ケアホーム)・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	付表十四	指定相談支援事業所の指定に係る記載事項
付表七 二	共同生活介護事業所(地域移行型ホーム)・共同生活援助事業所(地域移行型ホーム)の指定に係る記載事項その一・その二	付表十五	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
付表七 三	経過的居宅介護利用型共同生活介護事業所・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	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
付表八その一	障害者支援施設の指定に係る記載事項	別紙二	従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表
付表八その二	昼間実施サービス及び施設入所支援に係る記載事項	別紙二 二	従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表(児童デイサービス)
付表八その三	従業員の職種・員数に係る記載事項	別紙三	視覚障害者又は言語聴覚障害者の状況
付表九	自立訓練(機能訓練)事業所の指定に係る記載事項	別紙四	重度障害者の状況
付表九 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	別紙五	障害基礎年金受給の状況
付表十	自立訓練(生活訓練)事業所の指定に係る記載事項	別紙六	就労移行の状況
付表十 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	別紙七	食事提供体制加算及び栄養管理体制加算に係る体制
付表十一	就労移行支援事業の指定に係る記載事項	別紙八	短期滞在及び精神障害者退院支援施設に係る体制
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	別紙九	共同生活介護及び共同生活援助に係る体制
付表十二	就労継続支援事業の指定に係る記載事項	別紙九付表	共同生活介護及び共同生活援助に係る体制(大規模住居減算該当住居について)
付表十二 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	別紙十	共同生活介護又は共同生活援助における単身生活移行の状況
事項		別紙十一	夜間支援体制加算届出書
		別紙十二	小規模事業夜間支援体制加算届出書
		別紙十三	小規模事業加算届出書
		別紙十四	目標工賃、工賃実績報告
		様式第二号	特定障害福祉サービス事業所・指定障害者支援施設変更指定申請書
第一条		第一条	
第二条		第二条	
第三条		第三条	
第四条		第四条	
第五条		第五条	
第六条		第六条	
第七条		第七条	
第八条		第八条	
第九条		第九条	
第十条		第十条	
第十一条		第十一条	
第十二条		第十二条	
第十三条		第十三条	
第十四条		第十四条	
第十五条		第十五条	
第十六条		第十六条	
第十七条		第十七条	
第十八条		第十八条	
第十九条		第十九条	
第二十条		第二十条	
第二十一条		第二十一条	
第二十二条		第二十二条	
第二十三条		第二十三条	
第二十四条		第二十四条	
第二十五条		第二十五条	
第二十六条		第二十六条	
第二十七条		第二十七条	
第二十八条		第二十八条	
第二十九条		第二十九条	
第三十条		第三十条	
第三十一条		第三十一条	
第三十二条		第三十二条	
第三十三条		第三十三条	
第三十四条		第三十四条	
第三十五条		第三十五条	
第三十六条		第三十六条	
第三十七条		第三十七条	
第三十八条		第三十八条	
第三十九条		第三十九条	
第四十条		第四十条	
第四十一条		第四十一条	
第四十二条		第四十二条	
第四十三条		第四十三条	
第四十四条		第四十四条	
第四十五条		第四十五条	
第四十六条		第四十六条	
第四十七条		第四十七条	
第四十八条		第四十八条	
第四十九条		第四十九条	
第五十条		第五十条	
第五十一条		第五十一条	
第五十二条		第五十二条	
第五十三条		第五十三条	
第五十四条		第五十四条	
第五十五条		第五十五条	
第五十六条		第五十六条	
第五十七条		第五十七条	
第五十八条		第五十八条	
第五十九条		第五十九条	
第六十条		第六十条	
第六十一条		第六十一条	
第六十二条		第六十二条	
第六十三条		第六十三条	
第六十四条		第六十四条	
第六十五条		第六十五条	
第六十六条		第六十六条	
第六十七条		第六十七条	
第六十八条		第六十八条	
第六十九条		第六十九条	
第七十条		第七十条	
第七十一条		第七十一条	
第七十二条		第七十二条	
第七十三条		第七十三条	
第七十四条		第七十四条	
第七十五条		第七十五条	
第七十六条		第七十六条	
第七十七条		第七十七条	
第七十八条		第七十八条	
第七十九条		第七十九条	
第八十条		第八十条	
第八十一条		第八十一条	
第八十二条		第八十二条	
第八十三条		第八十三条	
第八十四条		第八十四条	
第八十五条		第八十五条	
第八十六条		第八十六条	
第八十七条		第八十七条	
第八十八条		第八十八条	
第八十九条		第八十九条	
第九十条		第九十条	
第九十一条		第九十一条	
第九十二条		第九十二条	
第九十三条		第九十三条	
第九十四条		第九十四条	
第九十五条		第九十五条	
第九十六条		第九十六条	
第九十七条		第九十七条	
第九十八条		第九十八条	
第九十九条		第九十九条	
第一百条		第一百条	

様式第三号	変更届出書	第四条第一項	様式第二十二号	指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定申請書（病院又は診療所）	第十二条
様式第四号	廃止・休止・再開届出書	第四条第二項	別紙	経歴書（医師）	第十二条
様式第五号	指定辞退届出書	第五条	様式第二十三号	指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定（変更）申請書（薬局）	第十二条
様式第六号	障害福祉サービス事業等開始・変更届	第七条第一項	別紙一	経歴書（薬局用）	第十二条
様式第七号	障害福祉サービス事業等廃止・休止届	第七条第二項	別紙二	調剤のために必要な設備及び施設の概要	第十二条
様式第八号	自立支援医療費（育成医療）支給認定申請書	第八条第一項	様式第二十四号	指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定申請書（薬局）	第十二条
様式第九号	自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請書	第八条第二項	別紙	経歴書（薬剤師）	第十二条
様式第十号	自立支援医療（育成医療）意見書	第八条第二項	様式第二十五号	指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定（変更）申請書（指定訪問看護事業者等）	第十二条
様式第十一号	「重度かつ継続」に関する意見書（追加用）	第八条第二項	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	第十二条
様式第十二号	診断書（自立支援医療（精神通院医療）用）	第九条第一項	様式第二十六号	指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定申請書（指定訪問看護事業者等）	第十二条
様式第十三号	自立支援医療受給者証（育成医療）	第九条第一項	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	第十二条
様式第十四号	自立支援医療（育成医療）自己負担上限額管理票	第九条第一項	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	第十二条
様式第十五号	却下決定通知書（育成医療）	第九条第二項	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	第十二条
様式第十六号	自立支援医療受給者証（精神通院医療）	第九条第二項	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	第十二条
様式第十七号	自立支援医療（精神通院医療）自己負担上限額管理票	第九条第二項	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	第十二条
様式第十八号	却下決定通知書（精神通院医療）	第九条第二項	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	第十二条
様式第十九号	自立支援医療受給者証等記載事項変更届（育成医療）	第十条	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	第十二条
様式第二十号	自立支援医療受給者証等記載事項変更届（精神通院医療）	第十条	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	第十二条
様式第二十一号	指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定（変更）申請書（病院又は診療所）	第十二条	様式第二十七号	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）	第十三条
別紙一	経歴書（病院又は診療所用）	第十二条	別紙一	経歴書（病院又は診療所用）	第十三条
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	第十二条	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	第十三条
別紙三	研究内容に関する証明書	第十二条	別紙三	研究内容に関する証明書	第十三条
別紙四	人工透析に関する専門研修・臨床実績証明書	第十二条	別紙四	人工透析に関する専門研修・臨床実績証明書	第十三条
別紙五	中心静脈栄養法等に関する臨床実績証明書	第十二条			

別紙五 中心静脈栄養法等に関する臨床実績証明書 第十三条

様式第二十八号 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） 第十三条

別紙 経歴書（医師） 第十三条

様式第二十九号 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） 第十三条

別紙一 経歴書（薬局用） 第十三条

別紙二 調剤のために必要な設備及び施設の概要 第十三条

様式第三十号 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） 第十三条

別紙 経歴書（薬剤師） 第十三条

様式第三十号 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） 第十三条

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 第十三条

様式第三十二号 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） 第十三条

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 第十三条

様式第三十三号 指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）辞

退届 第十四条

様式第三十四号 指定自立支援医療機関（精神通院医療）辞退届

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） 第十六条

様式第三十六号 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） 第十六条

様式第三十七号 指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）台

帳（薬局） 第十六条

様式第三十八号 指定自立支援医療機関（精神通院医療）台帳〔薬

局〕 第十六条

様式第三十九号 指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）台

帳（訪問看護） 第十六条

様式第四十号 指定自立支援医療機関（精神通院医療）台帳〔訪

問看護〕 第十六条

様式第1号 (第2条関係)

受付番号

指定障害福祉サービス事業所
指定障害者支援施設
指定相談支援事業所
指定申請書

年 月 日

福岡県知事 殿

申請者 (設置者) 所在地 名称 代表者

印

障害者自立支援法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・指定相談支援事業所)に係る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

Application form table with sections for applicant details, business location, and business types. Includes fields for name, address, contact info, and a table for business types with implementation status and dates.

記入担当者名

(備考)

- 1 「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。
2 「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」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記載してください。
3 「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。
4 「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。
5 「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 居宅介護・重度訪問介護・行動援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 -) 県 郡・市			
連絡先	電話番号			FAX番号	
	フリガナ			住所	(郵便番号 -) 県 郡・市
管理者	氏名			住所	県 郡・市
	居宅介護従業者等との兼務の有無			有 ・ 無	
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合記入)	事業所等の名称			
	兼務する職種及び勤務時間等				
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等又は条例等					第 条 第 項 第 号
サービス提供責任者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)
	氏名				
従業者の職種・員数		居宅介護等従業者		その他の従業者	
		専従		専従	
		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)		2.5			
主な掲示事項					
営業日		月・火・水・木・金・土・日・祝 (休業日:)			
営業時間		: ~ :			
サービス内容		居宅介護【身体介護(身体介護・通院介助)・家事援助等(家事援助・通院介助)・乗降介助】 重度訪問介護・行動援護			
主たる対象者	居宅介護	特定無し・身体障害者・知的障害者・障害児・精神障害者			
	重度訪問介護	特定無し・加算対象者以外			
	行動援護	特定無し・知的障害者・障害児・精神障害者			
利用料					
その他の費用					
通常の事業の実施地域					
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	している・していない			
	苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)		担当者	
	その他				
一体的に管理運営を行う他の事業所					
添付書類		別添のとおり(定款、寄付行為等及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者(入所者)又はその家族からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、障害者自立支援法第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書及び役員等名簿 等)			

(備考)

- 複数種類のサービスを実施する場合、「サービス内容」欄に複数のサービス種類を記載して本様式1枚にまとめて提出してください。なお、居宅介護の指定を受けた場合、あわせて重度訪問介護の指定もされることとなりますので、両者の指定を受けようとする場合は居宅介護のみの記載で構いません。ただし、重度訪問介護の指定を希望しない場合は「重度訪問介護」に×をつけてください。
- 「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葉に記載した書類を添付してください。
- 「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。
- 出張所等がある場合は、付表1-2にも記載してください。また、従業者については、本様式中に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
- 「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。

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 -) ----- 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 -) ----- 県 ----- 郡・市 -----					
	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 -----									
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等又は条例等						第 条 第 項 第 号					
サービス 管理責任者	フリガナ				住所	(郵便番号 -) -----					
	氏名										
従業者の職種・員数				サービス管理責任者		医師		生活支援員		看護職員	
				専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
従業者数	常勤(人)										
	非常勤(人)										
常勤換算後の人数(人)											
基準上の必要人数(人)											
従業者数		常勤(人)									
		非常勤(人)									
常勤換算後の人数(人)											
基準上の必要人数(人)											
従業者数		常勤(人)									
		非常勤(人)									
常勤換算後の人数(人)											
基準上の必要人数(人)											
前年度の平均利用者数(人)											
主な揭示事項											
利用定員		人(単位ごとの定員)(① ②)									
基準上の必要定員											
設置部分		多目的室(デイルーム) 有 ・ 無									
利用料											
その他の費用											
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している ・ していない							
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)				担当者			
		その他									
一体的に管理運営する 他の事業所											
添付書類		別添のとおり(定款、寄付行為等及び登記簿謄本又は条例等、建物の構造概要及び平面図、経歴書、運営規程、利用者(入所者)又はその家族からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、医療法に規定する医療機関として許可を受けたことが分かる証明書等 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. 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13を併せて提出してください。

受付番号

Form with multiple sections: 施設 (フリガナ, 所在地, 連絡先), 管理者 (フリガナ, 氏名, 住所, 兼務), サービス管理責任者 (フリガナ, 氏名, 住所), 従業者の職種・員数 (医師, 看護師, 理学療法士, 作業療法士), 施設が申告する障害程度区分の平均値, 主な揭示事項 (営業日, 営業時間, 主たる対象者, 利用定員, 基準上の必要定員, 多機能型実施の有無, 利用料, その他), 協力医療機関, 一体的に管理運営する他の事業所, 添付書類

(備考)

- 1. 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別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、准看護師のことを言います。
4. 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
5. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
6. 「※兼務」欄は、施設入所支援事業以外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13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						
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等 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)												
従業者数		機能訓練指導員		生活支援員		精神保健福祉士		その他の従業者				
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	
従業者数	常勤(人)											
	非常勤(人)											
常勤換算後の人数(人)												
基準上の必要人数(人)												
前年度の平均実利用者数(人)		施設が申告する障害程度区分の平均値										
		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		身体障害者								
				細分無し	肢体不自由	視覚障害	聴覚・言語	内部障害				
		知的障害者		精神障害者								
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		別添のとおり(定款及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者(入所者)又はその家族からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの、障害者自立支援法第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書及び役員等名簿 等)										

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別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、准看護師のことを言います。
4. 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
5. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
6. 「※兼務」欄は、施設入所支援事業以外との兼務を行う職員について記載してください。
7. 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

付表4 児童デイサービス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													
管理者	連絡先	電話番号				FAX番号													
	フリガナ				住所	(郵便番号 -)													
	氏名				住所		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																	
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等又は条例等							第 条 第 項 第 号												
サービス管理責任者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)													
	氏名																		
従業者の職種・員数		サービス管理責任者		指導員		保育士		その他の従事者											
		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)																		
基準上の必要人数(人)																			
主な揭示事項																			
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 : ~ :)																			
利用定員 人 (小規模 標準 大規模) (単位ごとの定員)(① ②)																			
利用料																			
その他の費用																			
実施サービス 送迎サービス 有 ・ 無																			
設備部分 指導訓練室 有 ・ 無																			
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																			
多機能型実施の有無 有 ・ 無																			
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(定款、寄付行為等及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者(入所者)又はその家族からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、障害者自立支援法第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書及び役員等名簿 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. 「その他の費用」欄には、食事の提供に要する費用等について記載してください。

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					住所	(郵便番号 -----) ----- 県 ----- 郡・市 -----					
	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						
事業所の種別	併設型・空床型(単独型)				併設型の場合	利用定員数(人)				前年度の平均入所者数(人)		
併設(本体)施設	施設種別等	名称				併設(本体)施設の入所者の定員(人)						
単独型事業所の居室	1室の最大定員(人)				入所者1人あたりの最小床面積				㎡			
従業者の職種・員数(人)	サービス管理責任者	専従		※兼務		医師		看護職員		心理判定員		
		専従	※兼務	専従	※兼務	合計	保健師	看護師	准看護師	専従	※兼務	
	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	職能判定員	専従		※兼務		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	合計	理学療法士	作業療法士	機能訓練指導員	専従	※兼務	専従	※兼務	
	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	職業指導員	専従		※兼務		就労支援員		介護職員		児童指導員		
		専従	※兼務	専従	※兼務	合計	保育士	精神保健福祉士	その他の従業者	専従	※兼務	
	常勤(人)											
	非常勤(人)											
	常勤換算後の人数(人)											
基準上の必要人数(人)												
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等又は条例等						第 条 第 項 第 号						
主な揭示事項		主たる対象者 特定無し・身体障害者・知的障害者・障害児・精神障害者										
利用料												
その他の費用												
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	している・していない										
	苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)				担当者						
	その他											
協力医療機関	名称					主な診療科名						
一体的に管理運営される他の事業所												
添付書類	別添のとおり(定款、寄付行為等及び登記簿謄本又は条例等、建物の構造概要及び平面図、経歴書、運営規程、利用者(入所者)又はその家族からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約の内容がわかるもの、障害者自立支援法第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書及び役員等名簿 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葉に記載した書類を添付してください。
3. 新設の場合には、「前年度の平均入所者数」欄は推定数を記入してください。
4. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
5. 「※兼務」欄には、本体施設との兼務を行う職員について記載してください。
6. 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

付表6 重度障害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 -) 県 郡・市			
	連絡先	電話番号	FAX番号		
管理者	フリガナ			(郵便番号 -)	
	氏名	住所	県 郡・市		
	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			
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等又は条例等 第 条 第 項 第 号					
サービス提供責任者	フリガナ			(郵便番号 -)	
	氏名	住所			
事業所の体制					
他に指定を受けている障害福祉サービス等		種類	事業所名	事業所番号	
委託による提携事業所		種類	事業所名	事業所番号	
協力医療機関		名称	主な診療科名		
利用者からの連絡対応体制の概要					
主な揭示事項					
主たる対象者		特定無し・Ⅰ類型・Ⅱ類型・Ⅲ類型			
利用者数		人			
利用料					
その他の費用					
通常の事業の実施地域					
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況	している・していない		
		苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)	担当者	
		その他			
一体的に管理運営されるその他の事業所					
添付書類		別添のとおり(定款、寄付行為等及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者(入所者)又はその家族からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表 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葉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害福祉サービス」欄には、重度障害者等包括支援以外に指定を受けているものについて記載してください。重度包括支援と同時に指定を受けようとする場合は事業所番号の記載は不要です。
- 第三者に委託して障害福祉サービスを提供する場合は、予定している事業所を「委託による提携事業所」に記載してください。なお、指定事業所でない場合は事業所番号の記載は不要です。
- 「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害者を対象とする場合は「Ⅰ類型」、最重度知的障害者を対象とする場合は「Ⅱ類型」、行動関連項目等の合計点数が15点以上である者を対象とする場合は「Ⅲ類型」を選択してください。特定しない場合は「特定無し」を選択してください。
- 「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。

付表7 共同生活介護事業所（ケアホーム） ・ 共同生活援助事業所（グループホーム）
の指定に係る記載事項 その1

※ 指定申請する事業を○で囲んで下さい。

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			
管理者	フリガナ			(郵便番号 -)				
	氏名	住所		県 郡・市				
	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						
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等又は条例等					第 条 第 項 第 号			
各事業の利用定員数		共同生活援助事業						
		共同生活介護事業						
サービス管理責任者	フリガナ			(郵便番号 -)				
	氏名	住所						
従業者の職種・員数		世話人		生活支援員		サービス管理責任者		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
		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)							
居宅介護従業者の外部委託の予定		有 (月 時間) 無						
障害者支援施設等との連携体制等	連携施設の種別・名称							
	支援体制の概要							
一体的に管理運営される他の事業所								
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況			している ・ していない				
	苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)			担当者			
	その他							
協力医療機関	名称				主な診療科名			
協力歯科医療機関	名称							
添付書類	別添のとおり(定款、寄付行為等及びその登記簿の謄本又は条例等、共同生活住居の構造概要及び平面図、経歴書、運営規程、利用者(入所者)又はその家族からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの、障害者自立支援法第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書及び役員等名簿 等)							

※ 主たる事業所とは、複数の共同生活住居がある場合、当該事業所からいずれの共同生活住居に対して、概ね30分程度で移動可能な範囲にある事業所をいう。

付表7 その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
	グループホーム・ケア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			
	主たる対象者 知的障害者 ・ 精神障害者			
	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
	グループホーム・ケア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			
	主たる対象者 知的障害者 ・ 精神障害者			
	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
	グループホーム・ケア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			
	主たる対象者 知的障害者 ・ 精神障害者			
	利用料			
	その他の費用			

付表7-2 共同生活介護事業所（地域移行型ホーム） ・ 共同生活援助事業所（地域移行型ホーム）
の指定に係る記載事項 その1

※ 指定申請する事業を○で囲んで下さい。

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					
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -) 県 郡・市					
	氏名			住所	県 郡・市					
	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							
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等又は条例等					第 条 第 項 第 号					
各事業の利用定員数		共同生活援助事業(地域移行型ホーム)								
		共同生活介護事業(地域移行型ホーム)								
サービス管理責任者		フリガナ			住所 (郵便番号 -)					
		氏名			住所					
従業者の職種・員数		世話人		生活支援員		サービス管理責任者				
		専従		兼務		専従		兼務		
		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										
居宅介護従業者の外部委託の予定		有 (月 時間)		無						
障害者支援施設等との連携体制等		連携施設の種別・名称								
		支援体制の概要								
一体的に管理運営される他の事業所										
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況			している ・ していない					
		苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)			担当者				
		その他								
協力医療機関		名称			主な診療科名					
協力歯科医療機関		名称								
添付書類		別添のとおり(定款、寄付行為等及びその登記簿の謄本又は条例等、建物の構造概要及び平面図、経歴書、運営規程、利用者(入所者)又はその家族からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの、入所定員又は精神病院の精神病床数の減少計画書、障害者自立支援法第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書及び役員等名簿 等)								

※ 主たる事業所とは、複数の共同生活住居がある場合、当該事業所からいずれの共同生活住居に対して、概ね30分程度で移動可能な範囲にある事業所をいう。

付表7-2 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			
	主たる対象者 知的障害者 ・ 精神障害者			
	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			
	主たる対象者 知的障害者 ・ 精神障害者			
	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			
	主たる対象者 知的障害者 ・ 精神障害者			
	利用料			
	その他の費用			

付表7-3 経過的居宅介護利用型共同生活介護事業所 共同生活援助事業所（グループホーム）
の指定に係る記載事項 その1

※ 指定申請する事業を○で囲んで下さい。

※ 経過的居宅介護利用型共同生活介護事業所と一体的に行うグループホームについては、こちらの様式を使用して下さい。

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		
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -) 県 郡・市		
	氏名			住所	県 郡・市		
	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					
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等又は条例等					第 条 第 項 第 号		
各事業の利用定員数		共同生活援助事業(グループホーム)					
		共同生活介護事業(経過的居宅介護利用型)					
サービス管理責任者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)		
	氏名			住所			
従業者の職種・員数		世話人		生活支援員		サービス管理責任者	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
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)							
平成18年9月30日において、居宅介護(身体介護・家事援助・日常生活支援)を利用している利用者数				人			
障害者支援施設等との連携体制等		連携施設の種別・名称					
		支援体制の概要					
一体的に管理運営される他の事業所							
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況			している・していない		
		苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)			担当者	
		その他					
協力医療機関		名称				主な診療科名	
協力歯科医療機関		名称					
添付書類		別添のとおり(定款、寄付行為等及びその登記簿の謄本又は条例等、建物の構造概要及び平面図、経歴書、運営規程、利用者(入所者)又はその家族からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの、(平成18年9月30日において指定共同生活援助事業所に入居していた者のうち、居宅介護を利用していた者のサービス提供実績記録表の写し)、障害者自立支援法第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書及び役員等名簿 等)					

※ 主たる事業所とは、複数の共同生活住居がある場合、当該事業所からいずれの共同生活住居に対して、概ね30分程度で移動可能な範囲にある事業所をいう。

付表7-3 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
	グループホーム・ケアホーム(経過的居宅介護利用型)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			
	主たる対象者 知的障害者 ・ 精神障害者			
	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
	グループホーム・ケアホーム(経過的居宅介護利用型)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			
	主たる対象者 知的障害者 ・ 精神障害者			
	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
	グループホーム・ケアホーム(経過的居宅介護利用型)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			
	主たる対象者 知的障害者 ・ 精神障害者			
	利用料			
その他の費用				

付表8 その1 障害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 -----)		----- 県 -----		----- 郡・市 -----									
管理者	連絡先	電話番号	-----				FAX番号	-----							
	フリガナ	-----		住所	(郵便番号 -----)		----- 県 ----- 郡・市 -----								
氏名	-----		-----												
昼間実施サービスの定員(人)															
合計		介護給付対象者		訓練等給付対象者		特定旧法受給者		定員緩和措置の有無		有・無					
施設入所支援の定員(人)		併設施設の定員(人)		他の社会福祉施設との併設の有無						有・無					
併設施設の定員(人)				併設施設の種別											
従業者の職種・員数(人)		サービス管理責任者		医師		看護職員									
		専従 ※兼務		専従 ※兼務		合計		保健師		看護師		准看護師			
従業者数	常勤(人)					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)															
従業者数		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	
従業者数	常勤(人)					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)															
従業者数		職業指導員		就労支援員		栄養士		その他の従業者							
		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務	
従業者数	常勤(人)														
	非常勤(人)														
常勤換算後の人数(人)															
主な揭示事項															
主たる対象者		無し		身体障害者											
				細分無し		肢体不自由		視覚障害		聴覚・言語		内部障害			
その他参考となる事項		知的障害者		精神障害者											
協力医療機関		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							
協力歯科医療機関		その他													
		名称		名称		名称		名称		名称					
添付書類		名称		名称		名称		名称		名称					
		名称		名称		名称		名称		名称					
別添のとおり(定款、寄付行為及び登記簿謄本又は条例等、建物の構造概要及び平面図、経歴書、運営規程、利用書(入所者)又はその家族からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの、障害者自立支援法第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書及び役員等名簿等)															

(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、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
3. 昼間に複数の施設障害福祉サービスを実施する場合、「昼間実施サービスの定員」欄には、給付の種類ごとに定員の合計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その3のⅠ及びⅡ欄に記載した職員)の合計数を記載してください。
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 その2 昼間実施サービス及び施設入所支援に係る記載事項

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 (あはき)	就労継続支援 (A型)	就労移行支援 (B型)
	サービス単位							
	有	無						
実施する事業								
前年度の平均実利用者数(人)								
昼間多機能の実施			有	無	昼間の総定員数(人)			
生活介護を行う場合のみ			施設が申告する障害程度区分の平均値					
			4未満		4以上5未満		5以上	
前年度の平均実利用者数(人)	サービス単位1							
	サービス単位2							
	サービス単位3							
施設入所支援	前年度の平均実利用者数(人)		サービス単位1					
			サービス単位2					
			サービス単位3					
設備基準上の数値記載項目等						基準上の必要値		
居室	1室の最大定員			人	人以下			
	入所者1人あたりの最小床面積			m ²	m ²			
廊下	廊下の幅			m	m			
	中廊下の幅			m	m			
既存施設からの移行の場合								
既存施設名								
施設種別								
経過措置			有	無				
特定旧法受給者数(人)								
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等				第	条第	項第	号	
短期入所の実施			有	無				
主な掲示事項								
営業日								
営業時間								
利用料								
その他の費用								
通常の事業の実施地域								
その他								

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要値」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
3. 「昼間実施サービスの種類」欄は、実施するサービスについて、該当欄に○を記入してください。
3. 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。
4. 既存の障害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場合には、「経過措置」欄の「有」に○をつけてください。
5. 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
6. 「通常の事業の実施地域」については、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は適宜地図を添付してください。

付表8 その3 従業員の職種・員数に係る記載事項

____ 枚中 ____ 枚目

受付番号 _____

施設名		従業者の職種・員数													
I 生活介護(サービス単位__) 自立訓練(機能訓練) 自立訓練(生活訓練)		サービス管理責任者		医師		合計		看護職員		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	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)															
		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		その他の従業者	
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
従業者数	常勤(人)														
	非常勤(人)														
常勤換算後の人数(人)															
基準上の必要人数(人)															
II 就労移行支援 就労継続支援		サービス管理責任者		職業指導員		就労支援員									
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務								
従業者数	常勤(人)														
	非常勤(人)														
常勤換算後の人数(人)															
基準上の必要人数(人)															
		生活支援員		合計		通所		訪問				その他の従業者			
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務		
従業者数	常勤(人)														
	非常勤(人)														
常勤換算後の人数(人)															
基準上の必要人数(人)															
III 施設入所支援 (サービス単位__)		サービス管理責任者		生活支援員		栄養士		その他の従業者							
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務						
従業者数	常勤(人)														
	非常勤(人)														
常勤換算後の人数(人)															
基準上の必要人数(人)															

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
2. 当該施設が実施する障害福祉サービスごと(生活介護及び施設入所支援はサービス単位ごと)に、従事する職員数を記載し、I～III欄は、それぞれ実施する障害福祉サービス名に○をつけてください。
3. 複数のサービス単位を設ける場合など、記入欄が不足する場合には、複数枚に分けて記載して下さい。
4. 「※兼務」欄は、2以上の障害福祉サービス等を兼務する職員について記載してください。

付表9 自立訓練（機能訓練）事業所の指定に係る記載事項

※1 多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表13を併せて提出してください。
※2 従たる事業所のある場合は、付表9-2を併せて提出してください。

受付番号

施設	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 -) ----- 県 ----- 郡・市 -----									
管理者	連絡先	電話番号					FAX番号				
	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						第 条第 項第 号					
訪問事業の実施の有無				有 ・ 無							
サービス管理責任者	フリガナ					住所	(郵便番号 -)				
	氏名										
従業者の職種・員数		サービス管理責任者		看護職員		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員	
		専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務	
従業者数		常勤(人)									
		非常勤(人)									
常勤換算後の人数(人)											
基準上の必要人数(人)											
		生活支援員		訪問支援員		その他の従業者					
		専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務					
従業者数		常勤(人)									
		非常勤(人)									
常勤換算後の人数(人)											
基準上の必要人数(人)											
前年度の平均利用者数(人)											
主な掲示事項											
営業日											
営業時間											
主たる対象者		特定無し		細分無し		身体障害者		知的障害者		精神障害者	
						視覚障害					
						聴覚・言語				内部障害	
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(定款、寄付行為及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者(入所者)又はその家族からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの、障害者自立支援法第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書及び役員等名簿 等)									

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
3. 「看護職員」とは保健師、看護師、准看護師のことを言います。
4. 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
5. 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
6. 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
7. 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付してください。

付表9 - 2 一体的に実施する従たる事業所の指定に係る記載事項

※多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表13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				
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等						第 条第 項第 号					
訪問事業の実施の有無		有・無									
サービス管理責任者	フリガナ					住所	(郵便番号 -)				
	氏名										
従業者の職種・員数		サービス管理責任者		看護職員		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤(人)										
	非常勤(人)										
常勤換算後の人数(人)											
基準上の必要人数(人)											
		生活支援員		訪問支援員		その他の従業者					
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務				
従業者数	常勤(人)										
	非常勤(人)										
常勤換算後の人数(人)											
基準上の必要人数(人)											
前年度の平均利用者数(人)											
主な揭示事項											
営業日											
営業時間											
主たる対象者		特定無し		身体障害者							
				細分無し	肢体不自由	視覚障害	聴覚・言語	内部障害			
		知的障害者		精神障害者							
利用定員		人									
基準上の必要定員		人									
利用料											
その他の費用											
通常の事業の実施地域											
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している・していない							
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者					
		その他									
協力医療機関		名称					主な診療科名				
多機能型実施の有無											
一体的に管理運営する その他の事業所											
添付書類		別添のとおり(定款、寄付行為及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者(入所者)又はその家族からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの、障害者自立支援法第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書及び役員等名簿 等)									

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
3. 「看護職員」とは保健師、看護師、准看護師のことを言います。
4. 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
5. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
6. 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
7. 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付してください。

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 多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表13を併せて提出してください。
※2 従たる事業所のある場合は、付表10-2を併せて提出してください。

受付番号

施設	フリガナ														
	名称														
	所在地	(郵便番号 -) ----- 県 ----- 郡・市 -----													
管理者	連絡先	電話番号					FAX番号								
	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 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		その他の従業者					
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務				
従業者数	常勤(人)														
	非常勤(人)														
常勤換算後の人数(人)															
基準上の必要人数(人)															
前年度の平均利用者数(人)															
居室(宿泊型実施の場合)		1室の最大定員				人				人以下					
		入所者1人あたりの最小床面積				㎡				㎡					
主な揭示事項															
営業日															
営業時間															
主たる対象者		特定無し	細分無し		肢体不自由		身体障害者		視覚障害		聴覚・言語		内部障害		
		知的障害者		精神障害者											
利用定員		人													
基準上の必要定員		人													
利用料															
その他の費用															
通常の事業の実施地域															
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している・していない											
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者									
		その他													
協力医療機関		名称						主な診療科名							
多機能型実施の有無															
一体的に管理運営する その他の事業所															
添付書類		別添のとおり(定款、寄付行為及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者(入所者)又はその家族からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの、障害者自立支援法第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書及び役員等名簿 等)													

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
3. 「看護職員」とは保健師、看護師、准看護師のことを言います。
4. 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
5. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
6. 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
7. 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付してください。

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13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					
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等					第 条第 項第 号						
訪問事業の実施の有無			有 ・ 無		宿泊型事業の実施の有無			有 ・ 無			
サービス管理責任者	フリガナ					住所	(郵便番号 -)				
	氏名										
従業者の職種・員数		サービス管理責任者		生活支援員		看護職員		訪問支援員		その他の従業者	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤(人)										
	非常勤(人)										
常勤換算後の人数(人)											
基準上の必要人数(人)											
前年度の平均利用者数(人)											
主な揭示事項											
営業日											
営業時間											
主たる対象者		特定無し		身体障害者							
				細分無し	肢体不自由	視覚障害	聴覚・言語	内部障害			
				知的障害者	精神障害者						
利用定員		人									
基準上の必要定員		人									
利用料											
その他の費用											
通常の事業の実施地域											
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況			している ・ していない						
		苦情解決の措置概要			窓口(連絡先)		担当者				
		その他									
協力医療機関		名称				主な診療科名					
多機能型実施の有無											
一体的に管理運営する その他の事業所											
添付書類		別添のとおり(定款、寄付行為及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者(入所者)又はその家族からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの、障害者自立支援法第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書及び役員等名簿 等)									

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別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、准看護師のことを言います。
4. 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
5. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
6. 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
7. 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付してください。

付表11 就労移行支援事業の指定に係る記載事項

※1 多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表13を併せて提出してください。
 ※2 従たる事業所のある場合は、付表11-2を併せて提出してください。

(一般型 資格取得型)

受付番号	
------	--

施設	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 -)	県	郡・市		
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				
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等				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		
		専従	※兼務	専従	※兼務	
従業者数	常勤(人)					
	非常勤(人)					
常勤換算後の人数(人)						
基準上の必要人数(人)						
		就労支援員		その他の従業者		
		専従	※兼務	専従	※兼務	
従業者数	常勤(人)					
	非常勤(人)					
常勤換算後の人数(人)						
基準上の必要人数(人)						
前年度の平均利用者数(人)						
主な揭示事項						
利用定員	人					
基準上の必要定員	人					
主たる対象者	特定無し	細分無し	肢体不自由	身体障害者		
				視覚障害	聴覚・言語	
					内部障害	
	知的障害者	精神障害者				
利用料						
その他の費用						
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	している・していない				
	苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)		担当者		
	その他					
協力医療機関	名称			主な診療科名		
提携就労支援機関						
多機能型実施の有無						
一体的に管理運営する						
その他の事業所						
添付書類	別添のとおり(定款、寄付行為及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者(入所者)又はその家族からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの、障害者自立支援法第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書及び役員等名簿 等)					

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
3. 「併設する施設の名称及び概要」欄には、施設の目的及び提供するサービスの内容等を記載してください。
4. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
5. 「※兼務」欄は、他の障害福祉サービスとの兼務を行う職員について記載してください。
6. 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
7. 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
8. 「提携就労支援機関」欄には、就労支援ネットワーク名及びネットワーク内の就労支援機関名を記載してください。

付表11 - 2 一体的に実施する従たる事業所の指定に係る記載事項

※多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表13を併せて提出してください。

受付番号

施設	フリガナ									
	名称									
設	所在地	(郵便番号 -) 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					第 条第 項第 号					
従業者の職種・員数		管理者		サービス管理責任者		職業指導員		生活支援員		
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	
従業者数	常勤(人)									
	非常勤(人)									
常勤換算後の人数(人)										
基準上の必要人数(人)										
		就労支援員		その他の従業者						
		専従	※兼務	専従	※兼務					
従業者数	常勤(人)									
	非常勤(人)									
常勤換算後の人数(人)										
基準上の必要人数(人)										
前年度の平均利用者数(人)										
主な揭示事項										
利用定員		人								
基準上の必要定員		人								
主たる対象者		特定無し	身体障害者							
			細分無し	肢体不自由	視覚障害	聴覚・言語	内部障害			
知的障害者		精神障害者								
利用料										
その他の費用										
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	している・していない								
	苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)		担当者						
	その他									
協力医療機関		名称				主な診療科名				
多機能型実施の有無										
一体的に管理運営する その他の事業所										
添付書類		別添のとおり(定款、寄付行為及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者(入所者)又はその家族からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの、障害者自立支援法第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書及び役員等名簿 等)								

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
3. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
4. 「※兼務」欄は、短期入所事業以外との兼務を行う職員について記載してください。
5. 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
6. 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

付表12 就労継続支援事業の指定に係る記載事項

※1 多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表13を併せて提出してください。
 ※2 従たる事業所のある場合は、付表11-2を併せて提出してください。

(就労継続支援(A型)
 就労継続支援(B型))

受付番号	
------	--

※いずれかに○を付してください。

施設	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 -)	県		郡・市				
管理者	連絡先	電話番号				FAX番号			
	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							
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等					第 条第 項第 号				
サービス管理責任者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)			
	氏名								
従業者の職種・員数		管理者		サービス管理責任者		職業指導員		生活支援員	
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)									
基準上の必要人数(人)									
		その他の従業者							
		専従	※兼務						
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)									
基準上の必要人数(人)									
前年度の平均利用者数(人)									
主な揭示事項									
利用定員	人								
基準上の必要定員	人								
主たる対象者	特定無し	細分無し		肢体不自由		身体障害者 視覚障害		聴覚・言語 内部障害	
	知的障害者	精神障害者							
利用料									
その他の費用									
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況		している・していない						
	苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者				
	その他								
協力医療機関	名称				主な診療科名				
多機能型実施の有無									
一体的に管理運営する その他の事業所									
添付書類	別添のとおり(定款、寄付行為及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者(入所者)又はその家族からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの、障害者自立支援法第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書及び役員等名簿 等)								

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
3. 「併設する施設の名称及び概要」欄には、施設の目的及び提供するサービスの内容等を記載してください。
4. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
5. 「※兼務」欄は、他の障害福祉サービスとの兼務を行う職員について記載してください。
6. 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
7. 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

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13を併せて提出してください。

受付番号

施設 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				
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等				第 条第 項第 号					
従業者の職種・員数		管理者		サービス管理責任者		職業指導員		生活支援員	
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)									
基準上の必要人数(人)									
		就労支援員		その他の従業者					
		専従	※兼務	専従	※兼務				
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)									
基準上の必要人数(人)									
前年度の平均利用者数(人)									
主な揭示事項									
利用定員		人							
基準上の必要定員		人							
主たる対象者		特定無し	細分無し	肢体不自由	身体障害者				
					視覚障害	聴覚・言語	内部障害		
		知的障害者	精神障害者						
利用料									
その他の費用									
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している・していない					
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者			
		その他							
協力医療機関		名称				主な診療科名			
多機能型実施の有無									
一体的に管理運営する その他の事業所									
添付書類		別添のとおり(定款、寄付行為及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者(入所者)又はその家族からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの、障害者自立支援法第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書及び役員等名簿 等)							

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別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. 「※兼務」欄は、短期入所事業以外との兼務を行う職員について記載してください。
5. 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
6. 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

付表13 その2



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				
合計	従業者数	常勤(人)														
		非常勤(人)														
	常勤換算後の人数(人)															
	基準上の必要人数(人)															
事業所1	従業者数	常勤(人)														
		非常勤(人)														
	常勤換算後の人数(人)															
	基準上の必要人数(人)															
その他の事業所	従業者数	常勤(人)														
		非常勤(人)														
	常勤換算後の人数(人)															
	基準上の必要人数(人)															
		理学療法士等						生活支援員								
		合計		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員		合計		通所		訪問		
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	
合計	従業者数	常勤(人)														
		非常勤(人)														
	常勤換算後の人数(人)															
	基準上の必要人数(人)															
事業所1	従業者数	常勤(人)														
		非常勤(人)														
	常勤換算後の人数(人)															
	基準上の必要人数(人)															
その他の事業所	従業者数	常勤(人)														
		非常勤(人)														
	常勤換算後の人数(人)															
	基準上の必要人数(人)															
		職業指導員						就労支援員		その他の従業者						
		合計		右記以外		兼教官										
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務					
合計	従業者数	常勤(人)														
		非常勤(人)														
	常勤換算後の人数(人)															
	基準上の必要人数(人)															
事業所1	従業者数	常勤(人)														
		非常勤(人)														
	常勤換算後の人数(人)															
	基準上の必要人数(人)															
その他の事業所	従業者数	常勤(人)														
		非常勤(人)														
	常勤換算後の人数(人)															
	基準上の必要人数(人)															

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
3. 「定員緩和措置の有無」欄は、基準省令第89条に基づく利用定員緩和措置の適用の有無について記載してください。
4. 生活介護にサービス単位を導入する場合には、適宜欄を設けて記載するか又は別葉にサービス単位ごとの定員を記載してください。
5. 新設の場合には、「前年度平均入所者数」欄は推定数を記入してください。
6. 「※兼務」欄には、本体施設との兼務を行う職員について記載してください。

付表14

指定相談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 -) 県 郡・市			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
当該事業について定めてある定款・寄付行為等の条文				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(兼務の場合記入)		名称			
		兼務する職種及び勤務時間等	-----		
事業開始時の利用者の予定数			人		
従業者の職種・員数(人)		相談支援専門員			
		専 従	兼 務		
		常勤(人)			
		非常勤(人)			
		常勤換算後の人数(人)			
基準上の必要人数(人)					
主な 揭示 事項	営業日				
	営業時間				
	主たる対象者	特定無し・身体障害者・知的障害者・障害児・精神障害者			
	利用料				
	その他の費用				
通常の事業実施地域					
添付書類		別添のとおり(定款及び登記簿謄本又は条例等、事業所の平面図、運営規程、経歴書、利用者(入所者)又はその家族からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、障害者自立支援法第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書及び役員等名簿 等)			

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」欄は、記入しないでください。
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. 「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。
4. 当該指定相談支援サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定相談支援サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

付表15 その1

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

印

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	フリガナ 名称			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -) 県 都市		
	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 都市		
事業所・施設 の状況	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 -) 県 都市		
	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 都市		

付表15 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	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		
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		
児童デイサービス				1 新規 2 変更 3 終了		
短期入所				1 新規 2 変更 3 終了		
重度障害者等包括支援				1 新規 2 変更 3 終了		
共同生活介護				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		
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。

別紙1 その1

介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表

提供サービス	定員規模	人員配置区分	その他該当する体制等					適用開始日	
			地域区分	1特別区	2特甲地	3甲地	4乙地		5丙地
各サービス共通			地域区分	1特別区	2特甲地	3甲地	4乙地	5丙地	
療養介護			職員欠如	1	なし	2	あり		
			食事提供体制	1	なし	2	あり		
生活介護			視覚・聴覚等支援体制	1	なし	2	あり		
			職員欠如	1	なし	2	あり		
			施設区分	1	小規模	2	標準	3	大規模
児童デイサービス			経過的給付	1	なし	2	あり		
			送迎体制	1	なし	2	あり		
			職員欠如	1	なし	2	あり		
			施設区分	1	福祉型	2	医療型		
短期入所			食事提供体制	1	なし	2	あり		
			職員欠如	1	なし	2	あり		
			小規模事業所	1	なし	2	あり		
共同生活介護			夜間支援体制	1	なし	2	あり		
			小規模夜間支援体制	1	なし	2	あり		
			重度障害者支援体制	1	なし	2	あり		
			自立生活支援体制	1	なし	2	あり		
			経過的給付	1	なし	2	あり		
			大規模住居	1	なし	2	あり		
			職員欠如	1	なし	2	あり		
			栄養管理体制	1	なし	2	その他栄養士	3	栄養士
施設入所支援			重度障害者支援体制	1	なし	2	あり		
			夜勤職員欠如	1	なし	2	あり		

別紙1 その2

提供サービス	定員規模	人員配置区分	その他該当する体制等					適用開始日		
			地域区分	1特別区	2特甲地	3甲地	4乙地		5丙地	
各サービス共通			地域区分	1特別区	2特甲地	3甲地	4乙地	5丙地		
自立訓練			施設区分	1	機能訓練型	2	生活訓練型			
			食事提供体制	1	なし	2	あり			
			訪問訓練	1	なし	2	あり			
			視覚・聴覚等支援体制	1	なし	2	あり			
			短期滞在	1	なし	2	あり			
			精神障害者退院支援施設	1	なし	2	あり			
			職員欠如	1	なし	2	あり			
			標準期間超過	1	なし	2	あり			
就労移行支援			施設区分	1	一般型	2	資格取得型			
			食事提供体制	1	なし	2	あり			
			就労移行支援体制	1	なし	2	あり			
			視覚・聴覚等支援体制	1	なし	2	あり			
			精神障害者退院支援施設	1	なし	2	あり			
			職員欠如	1	なし	2	あり			
就労継続支援			施設区分	1	A型	2	B型(一般)	3	B型(強化型)	
			食事提供体制	1	なし	2	あり			
			就労移行支援体制	1	なし	2	あり			
			目標工賃達成	1	なし	2	あり			
			視覚・聴覚等支援体制	1	なし	2	あり			
			職員欠如	1	なし	2	あり			
			標準期間超過	1	なし	2	あり			
共同生活援助			世話人配置	1	6:1型	2	10:1型			
			小規模事業	1	なし	2	あり			
			自立生活支援	1	なし	2	あり			
			経過的居宅介護利用型	1	なし	2	あり			
			大規模住居	1	なし	2	あり			
			職員欠如	1	なし	2	あり			

注1 「定員規模」欄には、①40人以下、②41人以上60人以下、③61人以上80人以下、④81人以上のいずれか該当する区分を記載してください。

注2 「人員配置区分」欄には、報酬算定上の区分を記載してください。

注3 「地域区分」欄には、①特別区、②特甲地、③甲地、④乙地、⑤丙地のいずれか該当する区分を記載してください。

別紙2

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

定員	サービス種類	前年度の平均実利用者数	事業所・施設名		基準上の必要職員数																						
			該当する体制等																								
人員配置区分	勤務形態	氏名	第1週		4週の 合計	週平均 の勤務 時間	常勤換 算後の 人数																				
			1	2				3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
合計			1週間に当該事業所・施設における常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類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」の記載内容と同様に記載してください。(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常勤・専従、②常勤・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・施設において私用している勤務割表等(変更の届出の場合は変更後の予定勤務割表等)により、届出の対象となる従業者の職種、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)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。

別紙 3

視覚障害者又は言語聴覚障害者の状況

当該施設・事業所の前年度の平均実利用者			
うち30%			
	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			

注 本表は、次に該当する利用者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）の第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害程度が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害を有する者
- ② 身体障害者手帳の障害の程度が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害を有する者
- ③ 身体障害者手帳の障害の程度が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害を有する者

別紙4

重度障害者の状況

当該施設の前年度の平均実利用者			
うち20%			
当該施設の平均障害程度区分			
氏名	障害程度区分	医師意見書に記載される特別な医療の内容又は強度行動障害の有無	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害者の該当の有無
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

注 本表は次に該当する利用者を記載してください。

- ① 医師意見書における「特別な医療」欄に該当している者（ただし、「疼痛の看護」及び「褥瘡の処置」を除く。）
- ② 行動援護の対象となる者

別紙 5

障害基礎年金受給の状況

当該施設の前年度の平均実利用者	
うち50%	
氏名	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	

注 本表は障害基礎年金1級を受給する利用者を記載してください。

別紙6

就労移行の状況

当該施設・事業所の定員				
うち20%				
氏名	就職日	就職先事業所名	6か月後の状況	
1	年 月 日		在籍・離職 年 月 日	
2	年 月 日		在籍・離職 年 月 日	
3	年 月 日		在籍・離職 年 月 日	
4	年 月 日		在籍・離職 年 月 日	
5	年 月 日		在籍・離職 年 月 日	
6	年 月 日		在籍・離職 年 月 日	
7	年 月 日		在籍・離職 年 月 日	
8	年 月 日		在籍・離職 年 月 日	
9	年 月 日		在籍・離職 年 月 日	
10	年 月 日		在籍・離職 年 月 日	
11	年 月 日		在籍・離職 年 月 日	
12	年 月 日		在籍・離職 年 月 日	
13	年 月 日		在籍・離職 年 月 日	
14	年 月 日		在籍・離職 年 月 日	
15	年 月 日		在籍・離職 年 月 日	

注 本表は届出を行う年度（毎年4月1日に始まり翌年3月31日をもって終わる年度とする。）の前年度において、就職後6か月を経過した者の状況を記入してください。

別紙 7

食事提供体制加算及び栄養管理体制加算に係る体制

サービスの種類						
事業所・施設の名称						
事業所・施設の所在地						
連絡先		電話番号	担当者名			
		FAX番号				
食事の提供体制	食事提供に係る配置	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		
	業務委託部分	業務委託の内容	業務委託先			
			委託業務の内容			
	適切な食事提供の確保方策					
栄養管理体制	栄養士の配置状況	常勤管理栄養士	常勤栄養士	左記以外の栄養士		
		人	人	人		
	他施設との兼務	1あり 2あり(専従扱い) 3なし	1あり 2あり(専従扱い) 3なし	1あり 2なし		
	他施設名					
	栄養管理の概要					

注1 業務委託を行っている場合の人員配置は、事業所・施設で適切な食事提供が行われるための管理等に関わる職員の状況を記載してください。

注2 外部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。

注3 「栄養管理の概要」欄は、当該施設において、栄養士等が行う栄養管理に関する業務を具体的に記載してください。

別紙8

短期滞在及び精神障害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			
連絡先	電話番号	担当者名	
	FAX番号		
設備	定員		人
	居室数		1人当たり居室面積
	うち個室	室	m ²
	うち2人部屋	室	m ²
	うち3人部屋	室	m ²
	うち4人部屋	室	m ²
	うち 人部屋	室	m ²
その他の設備の内容			
① デイルーム (〇m ²) ② 食堂(〇m ²)			
夜間の支援体制	勤務形態		職種
	常勤	専従	人
		兼務	人
	非常勤	専従	人
		兼務	人
	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 「その他の設備の内容」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。

別紙 9

共同生活介護及び共同生活援助に係る体制

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						
共同生活住居の状況	共同生活住居の名称	住所			定員	小規模事業加算の該当の有無	大規模住居減算の該当の有無
	1						
	2						
	3						
	4						
	5						
	6						
	7						
	8						
合計							
ケアホーム対象者の状況（区分2以上）	居住する共同生活住居の名称	夜間支援体制の内容	氏名		区分	小規模事業夜間支援体制加算の該当の有無	重度障害者等包括支援対象者の有無
			1				
			2				
			3				
			4				
			5				
			6				
			7				
			8				
			9				
			10				
			11				
			12				
			13				
14							
合計							

注 「ケアホーム対象者の状況」欄は、共同生活介護事業所において行われている夜間の支援の内容、夜間支援従事者の配置状況等具体的に記載してください。

別紙9付表

**共同生活介護及び共同生活援助に係る体制
(大規模住居減算該当住居について)**

共同生活住居の名称		住居の定員	各事業利用者数	
1			ケアホーム	
			グループホーム	
2			ケアホーム	
			グループホーム	
3			ケアホーム	
			グループホーム	
4			ケアホーム	
			グループホーム	
5			ケアホーム	
			グループホーム	
6			ケアホーム	
			グループホーム	
7			ケアホーム	
			グループホーム	
8			ケアホーム	
			グループホーム	

※別紙9において、大規模住居減算該当有とした住居について記載してください。

別紙10

共同生活介護又は共同生活援助における単身生活移行の状況

当該施設・事業所の定員				
うち50%				
氏名	単身生活開始年月日	住所	6月以上継続	
1	年 月 日			
2	年 月 日			
3	年 月 日			
4	年 月 日			
5	年 月 日			
6	年 月 日			
7	年 月 日			
8	年 月 日			
9	年 月 日			
10	年 月 日			
11	年 月 日			
12	年 月 日			
13	年 月 日			
14	年 月 日			
15	年 月 日			

注 本表には地域移行者を記述し、そのうち届出を行う年度（毎年4月1日に始まり翌年3月31日をもって終わる年度とする。）の前年度及び前々年度において、単身生活への移行の日から届出を行う日の前日までの間（ただし、当該期間が6ヶ月以上である場合に限る。）、単身生活を継続している実績を有する者については当該欄に○を記載してください。

別紙11

夜間支援体制加算届出書

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		
夜間支援体制の確保が必要な理由及び夜間支援体制の実施期間(予定)			
1人の夜間支援従事者(専従)が夜間支援を行う人数等	夜間支援する対象者数及び障害程度区分		
		共同生活住居名①	
		対象者数及び障害程度区分	
	1	共同生活住居名②	
		対象者数及び障害程度区分	
		合計	
	2	夜間支援従事者が配置している場所	
	3	複数のケアホームの夜間支援を行っている場合など、配置場所からケアホームまでの移動時間	
	4	配置場所からケアホームとの間の連絡体制状況(非常通報装置、携帯電話等)	
	5	夜間支援体制を確保している時間	
6	その他		

※1 1人の夜間支援従事者が支援を行う状況ごとに記入して下さい。

※2 例えば、共同生活住居が4カ所ある場合、夜間支援従事者Aが2カ所、夜間支援従事者Bが2カ所の夜間支援を行う場合、それぞれ別に記載して下さい。

別紙12

小規模事業夜間支援体制加算届出書

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		
事業開設年月日			
夜間支援体制(夜間支援体制加算の要件を満たす場合)の確保を開始した年月日			
これまでの夜間支援体制(夜間支援体制加算の要件を満たす場合)の実施状況		(例1)ほぼ毎日 (例2)2日に1回夜間支援を実施	
夜間支援体制の確保が必要な理由			
1人の夜間支援従事者(専従)が夜間支援を行う人数等	夜間支援する対象者数及び障害程度区分		
		共同生活住居名①	
		対象者数及び障害程度区分	
		共同生活住居名②	
	1	対象者数及び障害程度区分	
		合計	
	2	夜間支援従事者が配置している場所	
	3	複数のケアホームの夜間支援を行っている場合など、配置場所からケアホームまでの移動時間	
	4	複数のケアホームの夜間支援を行っている場合など、配置場所からケアホームまでの移動時間	
	5	夜間支援体制を確保している時間	
6	その他		

※1 1人の夜間支援従事者が支援を行う状況ごとに記入して下さい。

※2 例えば、共同生活住居が4カ所ある場合、夜間支援従事者Aが2カ所、夜間支援従事者Bが2カ所の夜間支援を行う場合、それぞれ別に記載して下さい。

※3 これまでの夜間支援の実績がわかる書類を提出して下さい。(例:勤務実績等)

別紙13

小規模事業加算届出書

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			
事業開設年月日				
共同生活住居①	共同生活住居名			
	対象者数及び障害程度区分			
	配置されている世話人Aの勤務状況			
共同生活住居②	共同生活住居名			
	対象者数及び障害程度区分			
	配置されている世話人Bの勤務状況			
合計				
共同生活住居間の移動に要する時間				

※1 移動時間とは、通常の移動手段で移動する場合の時間を記入して下さい。

別紙14

目標工賃、工賃実績報告様式 (枚目中 枚目)

当該年度の目標工賃額 (時給・日給・月給 円) 前年度の目標工賃額…B (時給・日給・月給 円)
前々年度の工賃実績額…C (時給・日給・月給 円) 地域の最低賃金額…D (時給 円)

○前年度の工賃実績額

氏名	工賃形態	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
		就労 実績 月額	就労 実績 月額	就労 実績 月額	就労 実績 月額	就労 実績 月額	就労 実績 月額	就労 実績 月額	就労 実績 月額	就労 実績 月額	就労 実績 月額	就労 実績 月額	就労 実績 月額	
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														

【月給者の平均工賃】			
対象者数①	月額工賃総額②	時給換算額③	(2)÷(1)÷110

【日給者の平均工賃】			
対象者数④	日額工賃総額⑤	時給換算額⑥	(5)÷(4)÷5

【時給者の平均工賃】			
対象者数⑦	時間額工賃総額⑧	時給換算額⑨	(8)÷(7)

【工賃実績額】…A	
①×③+②×⑥+⑦×⑨	
(①+④+⑦)	

※「当該年度の目標工賃額」欄には、前年度に提出した当該年度における目標工賃額を記載してください。
 ※「前々年度の工賃実績」欄には、前年度に提出した前々年度の平均工賃実績額を記載してください。
 ※「工賃形態」には、対象者の工賃支給形態に応じ「時給・日給・月給」のうちいずれかを記載してください。（「時給・日給・月給」とは工賃を算定する形態をいう。）
 ※「就労実績」には、①時給の者は1か月あたりの就労日数を記入してください。なお、月給の者の記入は不要です。
 ※①工賃形態が日給の場合で、1日あたりの就労時間が3時間以下の場合、②通所等により在籍期間が1か月に満たない月、③利用開始から1年を経過しない者に係る工賃は、工賃実績から除外することができます。
 ※目標工賃達成加算の対象となる工賃額は、A>BかC>DかE>Fとなる場合です。

様式第2号 (第3条関係)

受付番号

特定障害福祉サービス事業所 変更指定申請書
指定障害者支援施設

年 月 日

福岡県知事 殿

申請者 所在地
(設置者) 名称
代表者

印

障害者自立支援法に規定する

- 特定障害福祉サービス事業所(指定就労継続支援B型事業所・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

Application form table with sections for applicant details, business location, and specific service types. Includes fields for name, address, contact info, and checkboxes for existing designations.

記入担当者名

(備考)

- 1 「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。
2 「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」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記載してください。
3 「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。
4 「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。
5 「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。
6 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。

様式第3号 (第4条関係)

変更届出書

年 月 日

福岡県知事 殿

住所
 事業者(所在地)
 (施設の設置者)氏名
 (名称及び代表者氏名)

印

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

事業所番号	
指定内容を変更した事業所(施設)	名称
	所在地
	サービスの種類
変更があった事項	変更の内容
1 事業所(施設)の名称	(変更前)
2 事業所(施設)の所在地(設置の場所)	
3 申請者(設置者)の名称	
4 主たる事務所の所在地	
5 代表者の氏名及び住所	
6 定款・寄付行為等及びその登記簿の謄本又は条例等(当該指定に係る事業に関するものに限る。)	
7 事業所(施設)の平面図及び設備の概要	
8 事業所(施設)の管理者の氏名及び住所	
9 事業所のサービス提供責任者の氏名及び住所	
10 事業所のサービス管理責任者の氏名及び住所	
11 主たる対象者	
12 運営規程	
13 介護給付費等の請求に関する事項	
14 事業所の種別(併設型・空床型の別)	
15 併設型における利用定員数又は空床型における当該施設の入所者の定員	
16 協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約内容	
17 知的障害者援護施設等との連携体制及び支援の体制の概要	
18 当該申請に係る事業の開始予定年月日	
19 併設施設(事業所)の概要	
20 同一敷地内にある入所施設及び病院の概要	
変更年月日	年 月 日

- 備考1 該当項目番号に○を付してください。
 2 変更内容がわかる書類を添付してください。
 3 変更の日から10日以内に届け出てください。

様式第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 (所在地) 住所
氏名 (名称及び代表者氏名) 印

次のとおり事業の廃止(休止・再開)をしましたので届け出ます。

		事業所番号	
廃止(休止・再開)する事業所	名	称	
	所	在 地	
廃止・休止・再開した年月日		年 月 日	
廃止・休止した理由			
現に指定障害福祉サービスを受けていた者 に対する措置(廃止・休止した場合のみ)			
休止予定期間		年 月 日～ 年 月 日	

- (注) 1 事業の再開に係る届出にあつては、当該事業に係る従業員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・休止・再開の日から10日以内に届け出てください。

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 住 所
 者 (所在地)
 氏 名
 (名称及び代表者氏名)

印

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)

障害福祉サービス事業等

開始
変更 届

開始・変更しようとする事業	種類	<input type="checkbox"/> 障害福祉サービス事業 (サービスの種類) <input type="checkbox"/> 相談支援事業 <input type="checkbox"/> 移動支援事業 <input type="checkbox"/> 地域活動支援センターを運営する事業 <input type="checkbox"/> 福祉ホームを運営する事業	
	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	<small>※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。</small>		
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 上記のとおり障害福祉サービス事業等を開始しますので障害者自立支援法第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自立支援法第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 事業経営者 住所(事務所の所在地) 氏名(名称) 印 福岡県知事 殿			

(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、障害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 複数の種類の障害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確認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)

障害福祉サービス事業等

廃止
休止 届

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
<p>上記のとおり障害福祉サービス事業等を の規定により届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>事業経営者 住所(事務所の所在地) 氏名(名称) 印</p> <p>福岡県知事 殿</p>	

(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 複数の種類の障害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8号 (第8条関係)

自立支援医療費（育成医療）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										
障害者・児	フリガナ 受診者氏名				性別	男・女	年齢	歳	生年月日 年 月 日	
	フリガナ 受診者住所	(〒 -)					電話番号			
受診者が18歳未満の場合	フリガナ 保護者氏名				受診者との関係					
	フリガナ 保護者住所 ※2	(〒 -)					電話番号 ※2			
負担額に関する事項	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									
	該当する所得区分 ※3	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上					重度かつ継続 ※5	該当 ・ 非該当		
	障害年金等 ※4	無	有 (種類：)							
身体障害者手帳番号				特定疾病療養受療証の有無	有 ・ 無	番号				
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、薬局、訪問看護を記入してください。	医療機関名				所在地・電話番号					
受給者番号 ※6				既存の受給者証の有効期限 ※6		年 月 日				
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 _____ 印 ※7 _____ 年 月 日 <div style="text-align: right;">福岡県知事 殿</div>										

※1 該当する新規・再認定・変更(自己負担上限額及び指定自立支援医療機関の変更認定の申請の場合)・他県からの転入・再発行(理由を記載すること)のいずれかに ○をする。
 ※2 受診者本人と異なる場合に記入。
 ※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
 ※4 ※3で低1・低2に該当する場合のみ記入。(有の場合は、障害年金、遺族年金、老齢年金、特別児童扶養手当等の種類も記入。)
 ※5 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
 ※6 再認定・変更・他県からの転入・再発行の場合のみ記入。
 ※7 申請者氏名については、記名押印(印鑑は3枚全てに押すこと)又は自筆による署名のいずれかとする。注)申請の際は、意見書等の必要書類の他、被保険者証の写しを添付すること。

自治体記入欄

申請受付年月日		進達年月日		認定年月日	
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
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
所得確認書類	市町村民税課税証明書 生活保護受給世帯の証明書		市町村民税非課税証明書 その他収入等を証明する書類 ()		標準負担額減額認定証
前回の受給者番号				今回の受給者番号	
備考					

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										
障害者・児	フリガナ		性別	男・女	年齢	歳	生年月日			
	受診者氏名						年	月	日	
受診者が18歳未満の場合	フリガナ						電話番号			
	受診者住所	(〒 -)								
保護者氏名	フリガナ						受診者との関係(いずれかに○)	父・母・祖父母		
	保護者住所 ※2	(〒 -)						電話番号 ※2		
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									
	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、テイクア、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				
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 印 ※8										
年 月 日 福岡県知事 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	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				
備考					認定日	保健所受付印	市町村受付印		

様式第10号 (第8条関係)

自立支援医療（育成医療）意見書							
フリガナ 受診者氏名		性別	男・女	年齢	歳	年 月 日	
受診者住所							
病 名				発症年月日	年 月 日		
下記の障害を (有している) ・ (障害を残す恐れがある) 。 ※いずれかに○をつける。							
障害の種類	(1) 肢体不自由 (-)		(2) 視覚障害 (-)		(3) 聴覚・平衡機能障害 (-)		
裏面の別表4を参照し、該当するものに○をつけ、(-)のあるものには、該当する項番号を記入する。	(4) 音声・言語・そしゃく機能障害 (-)		(5) 心臓機能障害		(6) 腎臓機能障害		
	(7) 小腸機能障害		(8) その他内臓障害		(9) 免疫機能障害		
医療の具体的方針							
治療後における障害の回復状況の見込							
治 療	手 術 予 定 日 年 月 日						
	治療見込期間	入院治療期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)					日間
		通院治療回数並びに期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)					回 日間
		訪問看護予定回数並びに期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)					回 日間
	通算 日間						
医療費概算額	入院治療費	円	} 計	円			
	通院治療費	円					
	訪問看護等	円					
移送費見込額						円	
医療費及び移送費合計額						円	
上記のとおり診断し、その医療費及び移送費を概算いたします。							
年 月 日							
指定自立支援医療機関名							
電話番号							
担当医師名						印	

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	性別
住所	年齢

主たる精神障害(ICD-10に準じ該当する番号に○をつけ又は記載すること。)

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

「主たる精神障害」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(自署または記名押印)

様式第12号 (第8条関係)

診 断 書 (自立支援医療(精神通院医療)用)

氏 名		年 月 日生 (歳)	男・女
住 所			
① 病名 (ICD カテゴリーは、F0 ～F9,G40 のいずれかを 記載)	(1) 主たる精神障害 _____ ICD カテゴリー ()		
	(2) 従たる精神障害 _____ ICD カテゴリー ()		
	(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、 精神科受診歴等)及び治 療の経過			
③ 現在の病状、状態像等(該当する項目を○で囲んで下さい。)			
(1) 抑うつ状態			
1 思考・運動抑制 2 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・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 感情鈍麻 3 意欲の減退 4 その他 ()			
(6) 情動及び行動の障害			
1 易怒性・被刺激性亢進等 2 暴力・衝動行為 3 多動			
4 食行動の異常 5 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 その他 ()			
(8) 癡れんおよび意識障害			
1 癡れん 2 意識障害 3 その他 ()			
(9) 精神作用物質の乱用及び依存			
1 アルコール 2 覚せい剤 3 有機溶剤 4 その他 ()			
(10) 知能障害			
1 知的障害(精神遅滞) ア軽度 イ中等度 ウ重度			
2 認知症			

④ ③の病状・状態像等の具体的程度、症状等

⑤ 現在の治療内容

1 投薬内容 ()

2 精神療法等 ()

3 訪問看護指示の有無 (有 ・ 無)

⑥ 今後の治療方針

⑦ 現在の精神保健福祉サービスの利用状況
 (障害者自立支援法に規定する障害福祉サービス等(グループホーム、ケアホーム、ホームヘルプ、自立訓練(生活訓練)等)、小規模作業所、訪問指導等)

⑧ 備考

上記のとおり、診断します。 年 月 日

医療機関所在地

医療機関の名称

診療科担当科名

電話番号

医師氏名(自署または記名捺印) _____ ㊟

*判定

承認	不承認	保留
----	-----	----

様式第13号 (第9条関係)

自立支援医療受給者証 (育成医療)			
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	性別	生年月日
	住所		
	被保険者証の記号及び番号	保険者	
保護者	フリガナ 氏名	続柄	
	住所		
指定医療機関名	区分・名称	所在地・電話番号	
自己負担上限額	月額	円	
有効期間	年 月 日 から	年 月 日	まで
公費負担の対象となる障害		特定疾病療養受診証	
医療の具体的方針			
上記のとおり認定する。		福岡県知事	印
年 月 日			

○この処分に不服がある場合には、これを受け取った日の翌日から起算して、①60日以内に福岡県知事に対して異議申立てをすることができます。同じく、②6ヶ月以内であって、かつこの処分の日の翌日から起算して1年以内に限り、福岡県を被告として（代表者・福岡県知事）この決定の取消しを訴えることができます。

○なお、②の訴えは、異議申立てを行った後においては、その異議申立てに対する決定を受け取った日の翌日から起算して6ヶ月以内であって、かつ異議申立てに対する決定の日の翌日から起算して1年以内に限り、提起することができます。

※人工透析を受ける方については、本受給者証と合わせて、特定疾病療養受給者証を医療機関窓口へ提出してください。

様式第15号 (第9条関係)

第 号
年 月 日

却下決定通知書(育成医療)

申請者

殿

福岡県知事

印

障害者自立支援法第58条第1項の規定による自立支援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、障害ではないため
- 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60日以内に福岡県知事に対して異議申立て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、福岡県知事を被告として(訴訟において福岡県を代表する者は福岡県知事となります。)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60日以内に異議申立てをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その異議申立て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、その異議申立て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、その異議申立て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16号 (第9条関係)

自立支援医療受給者証 (精神通院医療)				
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			性別
	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 <small>受診者が18歳未満の場合記入</small>	フリガナ			続柄
	氏名			
	住所			
指定医療機関名	名称		所在地・電話番号	
自己負担上限額	月額	円		
有効期間	年 月 日 から		年 月 日 まで	
上記のとおり認定する。 福岡県知事				印
年 月 日				

(裏面)

備 考

- 1 障害者自立支援法第58条の規定に基づく自立支援医療費の支給を受ける場合には、この受給者証を指定自立支援医療機関に提出してください。
- 2 受給者証に記載してある受診者の氏名、住所、保護者の氏名、続柄、住所及び保険の種類が変わったときは、受診者の居住地を管轄する市町村長を経由して、都道府県知事に届け出てください。
- 3 受給者証に記載してある自己負担上限額、指定自立支援医療機関に変更がある場合、または指定自立支援医療機関を追加されたい場合は、あらかじめ受診者の居住地を管轄する市町村長を経由して、都道府県知事に変更申請をしてください。
- 4 継続して申請するときは、有効期限の終了する3か月前から1か月前までの間に申請してください。
- 5 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60日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、福岡県知事を被告として（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60日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

障害者自立支援法第58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、障害ではないため
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60日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、福岡県知事を被告として（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60日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 (第10条関係)

自立支援医療受給者証等記載事項変更届 (育成医療)			
受 診 者	フリガナ		性別
	氏 名		生年月日
	フリガナ		年 月 日
	住 所		
保 護 者	フリガナ		続柄
	氏 名		
	フリガナ		
	住 所		
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)		
	身体障害者手帳番号・ 特定疾病療養受診証番号		
備 考			
私は、自立支援医療支給認定申請書及び自立支援医療受給者証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。			
届出者氏名		印	
年 月 日		福岡県知事 殿	

※ 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		性別
	氏 名		男・女
	フリガナ		生年月日
	住 所	(〒 -)	
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	(〒 -)	
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			
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。			
届出者氏名		印	
年 月 日		福岡県知事 殿	

※ 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)

指定自立支援医療機関 (育成医療・更生医療) 指定 (変更) 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)	
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、障害者自立支援法（平成17年法律第123号）第59条第1項の規定による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）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 印</p> <p>福岡県知事 殿</p>				

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

別紙 1

経歴書（病院又は診療所用）

学 位		氏 名	印	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				

別紙3

研究内容に関する証明書

医療機関名
氏名

印

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

印

研究内容に関する証明書(記載例)

医療機関名
氏名市立 ○○ 病院
△△ △ 印

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 4 4 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) 1 1 月間 (1 週 6 日 4 4 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

氏名

○○大学医学部教授

△△

△

印

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

印

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

印

別紙 5

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

印

(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遡って記載し、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。

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	
上記のとおり、障害者自立支援法（平成17年法律第123号）第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関（精神通院医療）として指定されたく申請する。 年 月 日 <div style="text-align: right;"> 開設者 住所 氏名又は名称 </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 印 </div>			
福岡県知事 殿			

別紙

経 歴 書 (医 師)

ふりがな 氏 名	印	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)

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

保険薬局	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)	
変更申請理由				
<p>上記のとおり、障害者自立支援法 (平成17年法律第123号) 第59条第1項の規定による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) 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 印</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。

別紙 1

経歴書（薬局用）

学 位		姓 名	印	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、障害者自立支援法 (平成17年法律第123号) 第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関 (精神通院医療) として指定されたく申請する。</p> <p>年 月 日</p> <p>開 設 者 住 所 氏名又は名称</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>福岡県知事 殿</p>			

別紙

経 歴 書 (薬 剤 師)

ふりがな 氏 名	印	生年月日	年 月 日
現 住 所	(〒 -)		
学 位			
最 終 学 歴			
主 たる 職 歴			

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）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	(〒 -)
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 申 請 理 由		
<p>上記のとおり、障害者自立支援法（平成17年法律第123号）第59条第1項の規定による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）されたく申請する。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">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 印</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。

（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7条第8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	(〒 -)
訪問看護ステーション等	医療期間コード	
	名 称	
	所在地及び電話番号、ファックス番号	(〒 -) TEL : FAX :
	職員の定数	(別紙)

上記のとおり、障害者自立支援法（平成17年法律第123号）第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関（精神通院医療）として指定されたく申請する。

年 月 日

開設者
住所
氏名又は名称

印

福岡県知事 殿

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）指定変更届出書
（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)	
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				
<p>上記のとおり、障害者自立支援法（平成17年法律第123号）第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）として変更されたく届出する。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">開 設 者 住 所 氏名又は名称 印</p> <p>福岡県知事 殿</p>				

別紙1

経歴書（病院又は診療所用）

学 位		姓 名	印	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				

別紙3

研究内容に関する証明書

医療機関名

氏名

印

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

至 年 月 日

) 月間 (1 週 日 時間)

(2) 教授指導下での教室外における臨床実習

自 年 月 日

至 年 月 日

) 月間 (1 週 日 時間)

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

印

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

△△

△ 印

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

至 平成○年6月30日

) 6 月間 (1 週 6 日 4 4 時間)

(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

至 平成○年5月31日

) 1 1 月間 (1 週 6 日 4 4 時間)

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

△△

△

印

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

印

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

印

別紙5

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

印

(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遡って記載し、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。

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	
上記のとおり、障害者自立支援法（平成17年法律第123号）第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関（精神通院医療）として変更されたく届出する。 <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> 年 月 日 <div style="text-align: right;"> 開 設 者 住 所 氏名又は名称 </div> 印 </div>			
福岡県知事 殿			

別紙

経 歴 書 (医 師)

ふりがな 氏 名	印	生年月日	年 月 日
現 住 所	(〒 -)		
年 月 日	任 免 事 項		

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) 指定変更届出書
(薬局)

保険薬局	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)	
変更届出理由				
<p>上記のとおり、障害者自立支援法 (平成17年法律第123号) 第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関 (育成医療・更生医療) として変更されたく届出する。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">開設者 住 所 氏名又は名称 印</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。

別紙 1

経歴書（薬局用）

学 位		姓 名	印	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	(〒 -)	TEL :	FAX :
開 設 者	住 所	(〒 -)		
	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、障害者自立支援法 (平成17年法律第123号) 第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関 (精神通院医療) として変更されたく届出する。</p> <p>年 月 日</p> <p>開設者 住 所 氏名又は名称</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>福岡県知事 殿</p>				

別紙

経 歴 書 (薬 剤 師)

ふりがな 氏名	印	生年月日	年 月 日
現住所	(〒 -)		
学位			
最終学歴			
主たる 職歴			

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		

上記のとおり、障害者自立支援法（平成17年法律第123号）第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）として変更されたく届出する。

年 月 日

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

印

福岡県知事 殿

※ 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。

(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7条第8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32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
 （ 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	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 :
	職員の定数	(別紙)
変 更 年 月 日		
変 更 理 由		
<p>上記のとおり、障害者自立支援法（平成17年法律第123号）第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関（精神通院医療）として変更されたく届出する。</p> <p>年 月 日</p> <p>開 設 者 住 所 氏名又は名称</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>福岡県知事 殿</p>		

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7条第8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	

上記のとおり、障害者自立支援法（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。

年 月 日

開 設 者 等

住 所

氏名又は名称

印

福岡県知事 殿

（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）

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	

上記のとおり、障害者自立支援法（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。

年 月 日

開 設 者 等

住 所

氏名又は名称

印

福岡県知事 殿

（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)

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)

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)

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						

福岡県身体障害者福祉法施行細則の一部を改正する規則を制定し、ここに公布する。

平成十九年五月三十日

福岡県知事 麻 生 渡

福岡県規則第五十号

福岡県身体障害者福祉法施行細則の一部を改正する規則

福岡県身体障害者福祉法施行細則（平成十二年福岡県規則第二百二十五号）の一部を次のように改正する。

第七条から第九条までを次のように改める。

第七条から第九条まで 削除

第十四条及び第十五条を削る。

様式第二号及び様式第三号を次のように改める。

様式第2号 (その1の1) (第3条関係)

殻構造義手処方箋 (新・再・修)

業者名 _____

市町村名		氏名	M・T・S・H 年 月 日生(才)									
医学的所見 (右・左・両) (断端長 _____ cm)												
基本制式	構造種別		殻構造							備考		
	名称		肩甲胸郭間	肩	上腕	肘	前腕	手	手部		手指	
	採型区分		A - 1			A-2	A-3	A-4	A-5		A-6	A-7
	装飾用											
	作業用											
能動式												
製作要素	ソケット	型式		差し込み式・全面接触式・顎上部支持式・吸着式・スプリット式								
		アルミニウム・セルロイド										
		皮革										
		熱硬化性樹脂										
		熱可塑性樹脂										
	セルロイド											
	ソフトインナー	皮革										
		軟性発泡樹脂										
		皮革・軟性発泡樹脂										
	ハーネス	肩	胸郭用ヘルムハーネス一式									
肩たすき一式												
8字ハーネス一式												
上腕		8字ハーネス										
		9字ハーネス										
前腕		上腕カ(3頭筋パット)										
支持部	装飾用	肩部										
		上腕部		アルミニウム	セルロイド	熱硬化性樹脂						
	能動式	前腕部		アルミニウム	セルロイド	熱硬化性樹脂						
		上腕部										
作業用		前腕部										
外装	肩部		皮革	プラスチック	塗装							
	上腕部		皮革	プラスチック	塗装							
	前腕部											
完成用部品	肩継手											
	肘											
	手											
	手先具											
	その他											
処方	年 月 日		適合	仮合 年 月 日			担当					
担当医師	年 月 日		判定	完成 年 月 日			担当					

※基本形式、製作要素等の必要部品に○をつけること。

※完成用部品については、使用部品及びメーカーを記載のこと。

様式第2号 (その1の2)

骨格構造義手処方箋 (新・再・修)

市町村	氏名		男・女	M・T・S・H	年	月	日生(歳)
名称	右・左 肩義手	右・左 上腕義手	右・左 前腕義手				
採型区分	A-1	A-2	A-3				
型式	装飾用 差込み式 全面接触式 顎上支持式 吸着式 スプリット式						
ソケット	熱硬化性樹脂 皮革 熱可塑性樹脂 アルミニウム セルロイド シリコン						
ソトインサート	皮革 軟性発泡樹脂 皮革・軟性発泡樹脂						
支持部	肩義手用		上腕義手用		前腕義手用		
義手用ハーネス	肩義手用	胸郭用ベルトハーネス一式		肩たすき一式			
	上腕義手用	胸郭用ベルトハーネス一式		肩たすき一式		8字ハーネス一式	
	前腕義手用	胸郭用ベルトハーネス一式		8/9字ハーネス一式		上腕カフ(三頭筋パット)	
外装	肩義手用		上腕義手用		前腕義手用		
完成用部品							
	型式	使用部品					
肩継手							
肘継手							
手継手							
調整用部品							
手先具							
外装	フォームカバー						
その他							
医療機関名				平成 年 月 日			
診療科目名							
住所				医師名		印	

様式第2号 (その2の1)

殻構造義足処方箋 (新・再・修)

業者名 _____

市町村名	氏名	M・T・S・H 年 月 日生 (才)
------	----	--------------------

(右・左・両) (断端長 cm)
 医学的所見

基本型式	構造種別	殻構造							備考
	名称	股	大腿	膝	下腿	果	足根中足	足指	
	採型区分	B-1	B-2	B-3	B-4	B-5	B-6	B-7	
	型式	受皿式 カナディ アン式	差込式 吸着式 ライナ ー式	差込式 吸着式 ライナ ー式	差込式 PTB式 PTS式 KBM式	差込式 有窓式	鋼板入り 足袋型		
製作要素	ソケット	木製							
		アルミニウムセルロイド							
		セルロイド							
		皮革							
		熱硬化性樹脂							
		熱可塑性樹脂							
		エアクション シリコーン							
	ソフサイト	皮革							
		軟性発泡樹脂							
		皮革・軟性発泡樹脂							
		皮革・フェルト							
	支持部	股部							
		大腿部	木製	アルミニウム・セルロイド	熱硬化性樹脂			作業用	
		下腿部	木製	アルミニウム・セルロイド	熱硬化性樹脂			作業用	
足部		軟性発泡樹脂 (果、足根中足、足指義足のみ適応)							
懸垂用品	股義足	懸垂帯一式							
	大腿 (膝)	シレジアバンド一式 肩吊带 腰バンド 横吊带 義足用股吊							
	下腿	腰バンド 横吊带 大腿もも締め PTB膝カフ一式							
外装	股部	皮革	プラスチック	塗装					
	大腿部	皮革	プラスチック	塗装					
	下腿部	皮革	プラスチック	塗装					
	足部	表革	裏革	塗装	リアルソックス				
完成用部品	股継手								
	膝								
	足								
	足部								
	その他								
処方	年 月 日	適合	仮合	年 月 日	担当				
担当医師		判定	完成	年 月 日	担当				

※ 基本型式、製作要素等の必要部品に○をつけること

※ 完成用部品には、使用部品及びメーカーを記載のこと

様式第2号 (その2の2)

骨格構造義足処方箋 (新・再・修)

市町村	氏名				男 女	M・T・S・H	年 月	日生(歳)
名 称	右 左 股義足	右 左 大腿義足	右 左 膝義足	右 左 下腿義足	右 左 果義足			
採型区分	B-1	B-2	B-3	B-4	B-5			
型 式	カナディアン式	差込式 吸着式 ライナー式	差込式 吸着式 ライナー式	差込式 PTB式 PTS式 KBM式	差込式 有窓式			
ソケット	熱硬化性樹脂 木製 皮革 熱可塑性樹脂 アルミニウム セルロイド シリコン							
ソフティナート	皮革 軟性発泡樹脂 皮革・軟性発泡樹脂 皮革・フェルト							
支持部	股義足 大腿義足		膝義足 下腿義足		果義足			
懸垂用	懸垂帯一式 シレジアバンド一式 肩吊帯 腰バンド 横吊帯 義足用股吊							
部 品	腰バンド 横吊帯 大腿もも締め PTB膝カフ一式							
外 装	股義足用 大腿義足用		膝義足用		下腿義足用			
完 成 用 部 品								
	型 式	使 用 部 品						
股継手								
膝継手								
足継手								
調整用 部 品								
足 部								
外 装	フォームカバー ストッキング							
その他								
医療機関名						年 月 日		
診療科目名								
住 所						医師名		印

様式第2号 (その3)

上肢装具処方箋 (新・再・修)

業者名 _____

市町村名	氏名	M・T・S・H 年 月 日生(歳)									
(右・左・両)											
医学的所見											
基本型式	名称	肩	肘		手背屈	長対立	把持	短対立	M P	指	備考
	採型区分	D-1	D-2	D-3	D-4			D-5		D-6	
	採型										
	採寸										
	構造	金属枠、硬性、両側支柱、軟性、パネル型、トマス型、オッパ [®] ソハイマー型、その他 ()									
製作要素	継続	肩	A 固定(片側) B 遊動(片側) C 肩回旋装置								
			× () × () × ()								
	手	肘(片側)	A 固定 B 遊動 C プラスチック継手								
			× () × () × ()								
		手(片側)	A 固定 B 遊動 C プラスチック継手 D 鋼線支柱								
		× () × () × () × ()									
	MP	A 固定 B 遊動									
		× () × ()									
	IP	A 固定 1 金属(アルミニウム) B 遊動 C 鋼線支柱									
		× () 2 モールド(熱可塑性) × () × ()									
要素	支	胸部(半身)	A モールド(熱可塑性) B フレーム								
			A モールド(熱可塑性) B フレーム								
	持	上腕	A 半月 B 皮革 1 カフバンド C モールド(熱可塑性)								
			× () × () 2 上腕コルセット × ()								
		前腕	A 半月 B 皮革 1 カフバンド C モールド(熱可塑性)								
			× () × () 2 前腕コルセット × ()								
部	手部背側パッド	A モールド B フレーム									
		× () × ()									
	手掌パッド	A モールド B フレーム									
		× () × ()									
その他要素	基節骨パット	モールド フレーム									
	中・末節骨パット	モールド フレーム									
	対立バー										
	Cバー										
	アウトリガー										
	伸展・屈曲補助バネ										
	ターンバックル										
	ダイヤルロック										
完成用部品											
処方	年 月 日	適合	仮合 年 月 日			担当					
担当医師		判定	完成 年 月 日			担当					

- ※ 基本型式、製作要素等の必要部品に○をつけること
- ※ 完成用部品については、使用部品及びメーカーを記載のこと
- ※ × () には、個数を記載のこと

様式第2号 (その4)

下肢装具処方箋 (新・再・修)

市町村名		氏名												
		M・T・S・H 年 月 日生 (歳)												
医学的所見		(右・左・両)												
基本型式	名称	股	長下肢			膝	短下肢			足底	股関節外転		靴型	
	採区分	A-1	A-2	A-3	A-4	A-5	A-6	A-7	A-8	A-9	B-1	B-2		
	採型													
	採寸													
	構造	両側支柱 片側支柱 硬性 (F1, F2) S型支柱 板ばね 軟性 その他 ()												
製作要素	継手	股	固定 遊動 × () × ()											
		膝 (片側)	固定 遊動 プラスチックス継手 × () × () × ()											
		足 (片側)	固定 遊動 プラスチックス継手 × () × () × ()											
	支持部	仙腸	モールド (支柱付) その他 () × () × ()											
		大腿	A 半月 × () B 皮革 1. カフバンド 2. 大腿コルセット × () C モールド 1. 熱硬化性樹脂 2. 熱可塑性樹脂 × ()											
下腿		A 半月 × () B 皮革 1. カフバンド 2. 下腿コルセット × () C モールド 1. 熱硬化性樹脂 2. 熱可塑性樹脂 × ()												
足部	A あぶみ × () B 足部 1. 皮革 2. モールド (熱硬化性樹脂) 3. モールド (熱可塑性樹脂) × () C 標準靴													
靴型	短靴		チャツカ靴	半長靴	長靴	健足	短靴		標準靴 (両足)					
	整形特殊 (右・左)		整形特殊 (右・左)	整形特殊 (右・左)	整形特殊 (右・左)		チャツカ靴							
							半長靴							
							長靴							

(裏面)

業者名 _____

完 成 用 部 品			
股継手			
膝継手			
足継手			
足板			
その他			
そ の 他 の 加 算 要 素		備 考	
名 称	種 類	区 分	交 換 部 品
膝サポーター	軟性（支柱つき） 軟性（支柱なし）	下肢装具	足底革（足底ゴム）
キャリバー	軟性 鋼性ケーブル	靴型装具	本底交換 底張かけ交換
ツイスター			半張交換 細革交換
膝あて	大腿部 下腿部 足部	靴型装具	踵交換 ベルクロ交換 × ()
T・Y・ストラップ			積上交換 その他 × ()
スタビライザー			
ターンバックル			
ダイヤルロック			
伸展・屈曲補助装置			
補高用足部			
足底裏革（すべり止め用）			
高さ調整			
内張り			
足板補強			
付 属 品 等 の 加 算 要 素			
月型の延長	補高	ヒールの補正	足底の補正
スチールバネ入り	敷き革式	トルクヒール	内側ソールウェッジ
トウボックス補強	_____ cm	ウェッジヒール	外側ソールウェッジ
足背バンド		サッチヒール	テンバー・バー
マジックバンド（裏付き）	靴の補高	その他 ()	トーマス・バー
	_____ cm		その他 ()
特記事項			
処方 担当医	年 月 日	適 合 判 定	仮合 完成
			年 月 日 年 月 日
			担 当 担 当

- ※ 基本型式、製作要素等の必要部品に○をつけること。
- ※ 完成用部品については、使用部品及びメーカーを記載のこと。
- ※ × () には、個数を記載のこと。

様式第2号 (その5)

体幹装具処方箋 (新・再・修)

業者名 _____

市町村		氏名		男女	M・T・S・H	年	月	日生(歳)
医学的所見								
基本型式	名称	頰椎 (胸付)	頰椎	胸腰椎 (肩付)	胸腰椎	腰椎 (仙腸)	備考	
	採型区分	C - 1	C - 2	C - 3	C - 4	C - 5		
	採型							
	採寸							
構造		金属枠 硬性 Cカラー 軟性 骨盤帯 ミルウォーカーブレイス						
製作要素	支椎	A モールド(熱可塑性樹脂)	1 支柱つき 2 支柱なし					
		B フレーム						
		C カラー	1 あご受けあり 2 あご受けなし					
	胸椎	A モールド(熱可塑性樹脂)	1 支柱つき 2 支柱なし					
		B フレーム						
		C 軟性	1 キャンバス 2 メッシュ					
	腰椎	A モールド(熱可塑性樹脂)	1 支柱つき 2 支柱なし					
		B フレーム						
		C 軟性	1 キャンバス 2 メッシュ					
	仙腸	A モールド(熱可塑性樹脂)	1 支柱つき 2 支柱なし					
		B フレーム						
		C 軟性	1 キャンバス 2 メッシュ					
D 骨盤帯		1 芯のあるもの 2 芯のないもの						
骨盤	A 皮革							
	B モールド(熱可塑性樹脂)	ベルビックガードル						
その他の加算要素	付属品	高さ調節	ターンバックル式	腰部継手				
		バタフライ	会陰ひも	腹圧強化バンド				
内張り	側彎矯正	胸椎パッド	腋窩パッド	後方支柱				
		腰椎パッド	アウトリガー	側方支柱				
		シオルダーリング	前方支柱	ネックリング		胸郭バンド(プラスチック製)		
内張り		1. 頰椎支持部 2. 胸椎支持部 3. 腰椎支持部 4. 仙腸支持部						
完成用部品								
備品 (交換部品)		硬性コルセット筋金交換 ・ 軟性コルセット筋金交換						
処方	年月日	適合	仮合	年月	担当			
担当医師		判定	完成	年月	担当			
		日		日				

※基本型式、製作要素等の部品に○をつけること。

※完成用部品については、使用部品名及びメーカーを記載のこと。

※2種類以上の装具を組み合わせた装具の場合は、個々の価格のうち最も高い価格とすること。

様式第2号 (その6)

座位保持装置処方箋 (新・再・修)

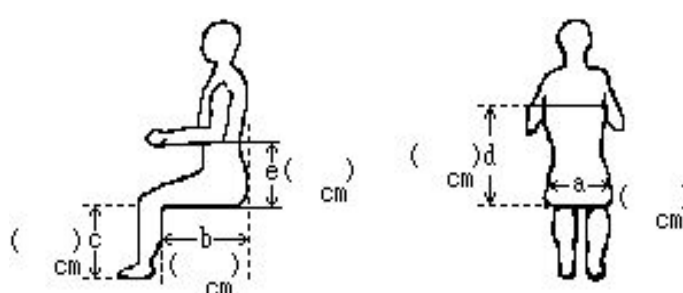
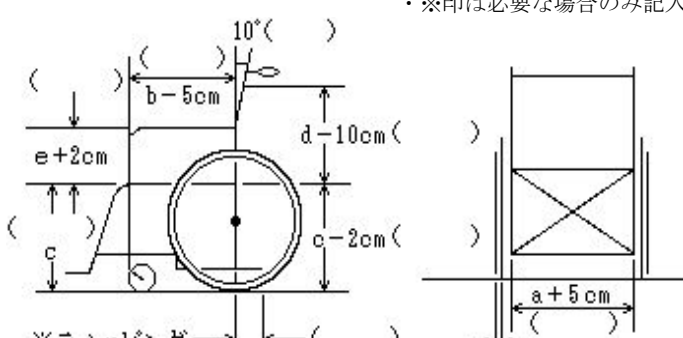
市町村名		氏名		M・T・S・H 年 月 日生 (才)		
医学的所見						
基本形式	身体部位	頭・頸部	上肢(右・左)	体幹部	骨盤・大腿部	下腿・足部(右・左)
	採型					
	採寸					
構造	フレーム	木製 金属製 完成用部品() 車椅子()				
		ティルト機構 昇降機構 角度調整用部品()				
製作要素	支持部	頭部	頭部支え			フレックス構造
		上肢	上肢支え(右・左) 前腕・手部支え(右・左)			フレックス構造
		体幹部	平面形状型	モールド型	シート張り調節型	フレックス構造
		骨盤・大腿部	平面形状型	モールド型	シート張り調節型	フレックス構造
		下腿部	下腿支え(右・左)			フレックス構造
	足部	足台(右・左)			フレックス構造	
	連支結持部の	頸部	固定×()			
	腰部(片側)	固定×()	遊動×()	角度調整用部品()		
	膝部(片側)	固定×()	遊動×()	角度調整用部品()		
	足部(片側)	固定×()	遊動×()	角度調整用部品()		
付属品	カットアウトテーブル	クッション張り(有り・無し)	キャスター	標準×()	多機能×()	
	上肢保持	アームレスト(右・左) 肘パッド(右・左) 縦型グリップ(右・左) 横型グリップ(右・左)				
	体幹保持	肩パッド(右・左) 胸パッド 胸受けロール 体幹パッド(右・左) 腰部パッド				
	骨盤保持	骨盤パッド(右・左) 臀部パッド				
	下肢保持	内転防止パッド 外転防止パッド(右・左) 膝パッド(右・左) 下腿保持パッド(右・左) 足部保持パッド(右・左)				
	ベルト	肩ベルト(右・左) 腕ベルト(右・左) 手首ベルト(右・左) 胸ベルト 骨盤ベルト 股ベルト 大腿ベルト(右・左) 膝ベルト(右・左) 下腿ベルト(右・左) 足首ベルト(右・左)				
	支持部カバー	頭部	上肢(右・左)	体幹部	骨盤・大腿部	下腿部(右・左) 足部(右・左)
		脱着	脱着	脱着	脱着	脱着
	内張り	アームレスト(右・左) テーブル				
	体圧分散補助素材	頭部 上肢(右・左) 体幹部 骨盤・大腿部 下腿部(右・左) 足部(右・左)				
その他	介助用グリップ(右・左) ストッパー 高さ調整用台座					
調節機構	高さ調節	頭部	体幹部	骨盤・大腿部	足部(右・左)	アームレスト(右・左)
	前後調節	頭部 骨盤・大腿部 足部(右・左)				
	角度調節	頭部 テーブル				
	脱着機構	体幹パッド(右・左) 骨盤パッド(右・左) 膝パッド(右・左) アームレスト(右・左) 内転防止パッド				
	開閉機構	アームレスト(右・左) 足部(右・左)				
完成用部品	名称	型式	使用部品	図示		
特記事項						
処方	平成 年 月 日					
担当医師						

- 1 採型採寸は製作に必要な身体部位の区分毎に○をつけること。
- 2 製作要素、付属品、調節機構等の必要部品に○をつけること。
- 3 図示は必ず記載すること。

様式第2号 (その7)

車いす処方箋

※オーダーメイドの場合のみ記載

氏名	男・女		M・T・S・H	年	月	日生 (歳)
種類	1. 後輪駆動型 (普通型) 2. 前輪駆動型 (トラベラー)	ハンドリム	1. 径 a)16 b)19 c)22mm 2. 材質a)軽合金 b)鉄 c)ステンス d)その他	キャスター	1. 径 5・6・7・8インチ 2. タイヤ a)リフト b)空気入	
	1. 固定式 2. 折りたたみ式 a)シングルプレス b)ダブルプレス		1. 標準 2. ノブ付き a)水平 b)垂直 c)握り 4ヶ・6ヶ・8ヶ・10ヶ 3. すべり止め a)ゴム b)皮 c)その他 4. その他	付	1. テーブル 2. シートベルト 3. クッション a)ポリエステル・ウレタン多層構造 b)ゲル・ウレタン組み合わせ c)バルブ開閉 d)フレーションパッド e)特殊空気室構造 4. ステッキホルダー 5. 泥よけ 6. 屋外用キャスター (エア、クッション、サスペンダー等) 7. 転倒防止装置 8. 滑り止めハンドリム 9. キャリパーブレーキ 10. フットブレーキ 11. トーキングエイド搭載台 12. 酸素ボンベ搭載台 13. 人工呼吸器搭載台 14. 栄養バック取付ガードル架 15. 点滴ポール 16. スポークカバー	
1. 片手駆動型 a)右 b)左	2. 手押し型 a)A b)B	駆動輪	1. 径 18・20・22・24インチ その他 2. ホイール材質 a)鉄 b)軽合金 c)ステンス 3. タイヤ a)ソリッド b)空気入 c) チュブあり d) チュブなし	品		
3. 手動リフト式 4. レバー駆動型 5. その他			1. 径 a)16 b)19 c)22mm 2. 材質a)鉄 b)ステンレス c)軽合金			
背もたれ	1. 固定式 2. 着脱式 3. 折りたたみ式 1. 標準型 2. 後開き a)右 b)中 c)左 3. リクライニング a)セミ b)フル 4. ヘッドレスト a)固定 b)取り外し 5. にぎり (ハンドル) a)固定 b)取り外し c)不要 a)曲 b)直		測定寸法 測定値を () 内に記入			
肘あて	1. 標準型 1. 固定式 2. デスク型 2. 着脱式 3. その他 a)ポールロック b)ピンロック スカートガード a)要 b)不要 タイヤガード a)要 b)不要 a)軟性パッド b)硬性パッド c)パッドなし		指定寸法  ・指定値を () 内に記入 ・← →内の値は参考値 ・※印は必要な場合のみ記入			
フットレスト	フットレスト 1. 固定式 2. 伸縮式 3. 開き式 (シングルアウト) 4. 拳上式 5. 着脱式	フットプレート 1. 固定式 2. 取り外し式 3. 折りたたみ式 材質 a)軽合金 b)プラスチック c)ベルト トゥガード a)右 b)左	 ※ティッピングレバー長 () ※車輪とハンドリムの距離 ()			
ブレーキ	1. レバー式 a)平板 b)丸棒 2. タグル式 3. その他	延長 右 左 cm	備考 1. その他に記入したときは必ず処方内容を記述すること。 2. 色、材質、患者の希望事項			
シート	1. 標準 2. 切り込み型 a)脱着式 b)折りたたみ式 3. その他	できあがり重量 kg				
処方	年 月 日	医師	医療機関名 診療科目 氏名	印	適合判定	

様式第2号 (その8)

電動車いす処方箋

氏名		性別		生年月日	M.T.S.H	年齢		
住所				医 学 的 所 見				
障害名				車いすの移乗	自立	一部介助	全介助	
職業等								
主な使用場所	屋内	屋外	屋内外				体重	
種類	1 普通型 2 アシスト式 3 切替式				速度	4.5km/h ・ 6.0km/h		
	3 リクライニング式 4 電動リクライニング式 5 電動リフト式				車名			
車体	1 背もたれ傾斜角度調節 2 背もたれ着脱 3 アームレスト着脱 4 フットレスト拳上式 5 車体の折りたたみ 6 手押し走行 7 補助ブレーキ 8 その他							
	寸法	1 メーカー標準		2 指定		a) シート幅 b) シート高 c) その他		
バッテリー	1 内蔵 2 外付け (ニッカド ニッケル水素)							
制御・ジョイスティック	操作源	1 上肢 2 頭部 () 3 音声 4 その他						
	1 位置	a) 右	3 レバーの長さ		a) メーカー標準			
		b) 左			b) 指定 cm			
	c) 他	固定式	4 レバーの抵抗		a) メーカー標準			
		移動式	(重さ)		b) 指定 (現物で指定) g			
		調節式						
2 スイッチ	a) メーカー標準	5 レバーの形		a) メーカー標準				
	b) 指定			b) 指定				
付属品	1 シートベルト 2 テーブル 3 クッション(多層・ゲル・バルブ・特殊空気) 4 フローテーションパッド 5 スポークカバー 6 その他 6 杖立 7 転倒防止装置 8 クライマーセット 9 フロントサブホイール 10 トーキングエイド搭載台 11 酸素ボンベ固定装置 12 人工呼吸器搭載台 13 栄養パック取付架 14 点滴ポール 15 滑り止めハンドリム 16 泥よけ 17 クッションキャスター 18 エアーキャスター							
備考								
処方	処方年月日			年	月	日		
	医療機関・診療科目			適合判定				
	医師名			印				

様式第3号 (その1) (第4条関係)

身体障害者巡回相談記録表

受付番号	補装具費	その他

市	フリガナ氏名	男女	生年月日	明・大昭・平	年(満)	月	日生(歳)		
	住所	電話番号		() —					
	障害名	交付年月日等級		昭・平の年月日級					
町 村	<input type="checkbox"/> 補装具費(新規支給・再支給・修理) 義肢・装具・車いす・座位保持装置・歩行器・歩行補助杖 ・その他() (前回交付年月日) 昭・平 年 月 日 (業者名)								
受 付 記 入 欄	相 談 内 容	<input type="checkbox"/> その他() <input checked="" type="checkbox"/> 相談主訴(具体的に記入する)							
医学的 判定 記入 欄	<div style="text-align: right;"> <table border="1" style="margin-left: auto;"> <tr><td>担当医</td></tr> <tr><td>印</td></tr> </table> </div>							担当医	印
担当医									
印									

様式第六号から様式第十号までを次のように改める。
様式第十七号及び様式第十八号を削る。

附則

この規則は、公布の日から施行する。

福岡県児童福祉法施行細則の一部を改正する規則を制定し、ここに公布する。

平成十九年五月三十日

福岡県知事 麻生 渡

福岡県規則第五十一号

福岡県児童福祉法施行細則の一部を改正する規則

福岡県児童福祉法施行細則（昭和二十八年福岡県規則第五十九号）の一部を次のように改正する。

第十五条の二、第十六条の二及び第十六条の三を削る。

第十八条の二の次に次の三条を加える。

（障害児施設給付費等の支給申請等）

第十八条の三 法第二十四条の三第一項及び規則第二十五条の十九に規定する申請は、

（障害児施設給付費 特定入所障害児食費等給付費）支給申請書兼利用者負担額減額
・免除等申請書（様式第十五号の五）又は（障害児施設給付費 障害児施設医療費）
支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書（様式第十五号の六）を児童
相談所に提出して行うものとする。

2 児童相談所長は、法第二十四条の三第二項の規定により、障害児施設給付費等の支給を決定したときは支給決定通知書兼利用者負担額減額・免除等決定通知書（様式第十五号の七）又は支給変更決定通知書兼利用者負担額減額・免除等変更決定通知書（様式第十八号の八）を、申請の却下を決定したときは却下決定通知書（様式第十五号の九）を障害児の保護者に送付するものとする。

3 児童相談所長は、障害児施設給付費等の支給を決定したときは、障害児の保護者に対し、法第二十四条の三第六項の規定により、障害児施設受給者証（様式第十五号の十）を交付するものとする。

4 児童相談所長は、法第二十四条の二十に規定する指定知的障害児施設等を利用する当該障害児について障害児施設給付費等の支給を決定したときは、当該障害児の保護者に対し、前項に規定する障害児施設受給者証に加えて、障害児施設医療受給者証（様式第十五号の十一）を交付するものとする。

5 規則第二十五条の十四第一項の規定による障害児施設給付費等支給決定の取消しの通知は、支給決定取消通知書（様式第十五号の十二）によるものとする。

6 施設給付費決定を受けた障害児の保護者は、障害児施設受給者証又は障害児施設医療受給者証の内容に変更が生じたときは、申請内容変更届出書（様式第十五号の十三）を児童相談所長に提出するものとする。

7 障害児施設受給者証又は障害児施設医療受給者証を破り、汚し、又は失ったときの再交付の申請は、受給者証再交付申請書（様式第十五号の十四）によるものとする。（高額障害児施設給付費の支給申請）

第十八条の四 法第二十四条の六第一項に規定する高額障害児施設給付費の申請は、高額障害児施設給付費支給申請書（様式第十五号の十五）によるものとする。

2 知事は、前項の申請があつたときは、支給の要否を決定し、その結果を高額障害児施設給付費支給（不支給）決定通知書（様式第十五号の十六）により障害児の保護者に送付するものとする。（指定知的障害児施設等の指定）

第十八条の五 法第二十四条の九第一項の規定による申請は、障害児施設支援指定申請書（様式第十五号の十七）に、別に定める書類を添付して行うものとする。

2 法第二十四条の十三の規定による届出は、変更届出書（様式第十五号の十八）により行うものとする。

3 法第二十四条の十四の規定による指定の辞退は、指定辞退届出書（様式第十五号の十九）により行うものとする。
第二十二條の二第一項中「国立療養所」を「医療機関」に改める。
別表を削る。

様式第十号を次のように改める。

様式第十一号の二及び様式第十一号の三を削る。

様式第十一号の二 様式第十一号の三を削る。

様式第十四号の「様式第十五号の」に於て「福祉事務所長」を「保健福祉環境事務所長」に、「（異議申立先を記入）」を「福岡県知事」に、「異議申立てを」を「審査請求を」に、「（訴えの提訴先を記入）を被告として」を「福岡県を被告として（代表者は福岡県知事となります。）」に、「異議申立てに対する決定」を「審査請求に対する裁決」に改める。

様式第十五号の四の次に次の十五様式を加える。

様式第15号の5 (第18条の3関係)

(障害児施設給付費 特定入所障害児食費等給付費)支給申請書兼
利用者負担額減額・免除等申請書
児童相談所長 殿

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏名			年 月 日	
	居住地	〒			
	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	支給申請に係る 障害児氏名			続柄	
	身体障害者 手帳番号		療育手帳 番号		精神障害者保健 福祉手帳番号
	被保険者証の 記号及び番号*		保険者名及び番号*		

* 障害児施設医療費支給対象施設(第1種自閉症児施設、肢体不自由児施設(入所部・通所部)、肢体不自由児通園施設、重症心身障害児施設、指定医療機関(肢体不自由児・重症心身障害児))の利用を申請する場合、支給申請に係る障害児の加入する医療保険について記入すること

サービスの利用状況	障害福祉サービス (居宅サービス)	利用中のサービスの種類と内容等		
	指定施設支援 (施設サービス)	利用中の施設名等		
申請するサービスの種類等	障害児施設給付費	申請する支援の種類・申請に係る具体的内容		
		知的障害児施設	第1種自閉症児施設	第2種自閉症児施設
		知的障害児通園施設	盲児施設	ろうあ児施設
		難聴幼児通園施設	肢体不自由児施設 (入所部・通所部)	肢体不自由児療護施設
	肢体不自由児通園施設	重症心身障害児施設	指定医療機関 (肢体不自由児・重症心身障害児)	
	具体的内容			

(裏面)

申請する減免の種類	I 負担上限月額に関する認定(下記 の軽減措置適用前) 下記の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。) 1. 生活保護受給世帯 2. 市町村民税非課税世帯に属する者であって、合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの 3. 市町村民税非課税世帯に属する者であって、2以外のもの	
	II 障害児施設等軽減に関する認定 下記のいずれにもあてはまるため、障害児施設等軽減を申請します。 1. 在宅において生活する者又は20歳未満の施設入所者 2. 市町村民税非課税世帯に属する者、又は市町村民税課税世帯のうち世帯の市町村民税所得割額の合計額が10万円(注1)未満の者 3. 申請者(障害児の保護者又は障害者)及び申請者の属する世帯の主たる生計維持者が一定の不動産(親族等が現に居住する不動産を除く。)等以外の資産を有さないこと。 4. 申請者(障害児の保護者又は障害者)及び申請者の属する世帯の主たる生計維持者の預貯金等の額が次の額以下の者 ア 申請者の属する世帯が単身世帯であるもの・・・500万円 イ 申請者の属する世帯が2人以上の世帯であるもの・・・1,000万円	
	III 個別減免・医療型個別減免に関する認定 下記の1、2のいずれかにあてはまるため、個別減免・医療型個別減免を申請します。	
	1. 施設を利用する方が20歳以上の場合(下記項目を満たすこと) (1) 施設入所者(注2)若しくは医療型施設入所者(注3)であること(年齢 歳) (2) 市町村民税非課税世帯の者 (3) 一定の資産を有していないこと ア. 預貯金等の額が500万円以下であること イ. 不動産を所有していない(親族等が現に居住する不動産を除く)	2. 施設を利用する方が20歳未満の場合 (1) 医療型施設入所者であること(年齢 歳)
	IV 特定入所障害児食費等給付費に関する認定(医療型施設は除く) 下記のいずれにもあてはまるため、特定入所障害児食費等給付費を申請します。	
	施設を利用する方が20歳以上の場合 1. 施設入所者であること(年齢 歳) 2. 市町村民税非課税世帯の者	施設を利用する方が20歳未満の場合 1. 施設入所者であること(年齢 歳)
V 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置、特例補足給付)に関する認定 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置 特例補足給付)を申請します。 * 福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。		

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

(注1) 平成19年度税制改正により所得割額が16万円(予定)に変更されます。

(注2) 対象施設は、障害児施設給付費の対象となる入所施設(通所施設は除く)

(注3) 対象施設は、障害児施設給付費及び障害児施設医療費の対象となる入所施設(通所施設は除く)

申請書提出者	申請者本人 申請者本人以外(下の欄に記入)		
フリガナ			申請者
氏名			との関係
住所	〒		
	電話番号		

付表

世帯状況・収入・資産等申告書

児童相談所長 殿

申告年月日 年 月 日

申告者(保護者)住所

(保護者)氏名

(障害児施設等軽減を申請する場合
生計中心者住所
" 氏名)

次のとおり申告します。

1 世帯の状況等について 住民票と同じ

	氏 名	生 年 月 日	本人との関係
申 請 者			
世 帯 主			
世 帯 員			

2 申請者の収入の状況について

(個別減免・補足給付を申請しない場合... 、 、 のみ記入
" 申請する場合...全て記入)

(1)合計所得金額の状況

合計所得金額	円
--------	---

(2)収入等の状況

収入(A)(年収)

区分	種 類	収入額
稼 得 等 収 入	障害年金等(障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、特別障害給付金、障害を事由に支給される労災による年金等、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金等)()	円
	特別児童扶養手当等(特別障害者手当、障害児福祉手当、経過の福祉手当、特別児童扶養手当)()	円
	工賃等収入	円
	その他の収入()	円
収 入 の 他	仕送り収入	円
	不動産等による家賃収入	円
	その他の収入()	円

必要経費(B)

種 類	内 容	金 額
租 税		円
		円
社会保険料		円
		円

(裏面に続く)

(裏面)

3 申請者の資産等について (個別減免、障害児施設等軽減を申請する場合)

種類	有無	内容	
申請者名義の預貯金等	有・無		
申請者名義の不動産等	有・無		一定の親族のための居住用不動産に該当する
			一定の親族のための居住用不動産に該当する
その他の資産	有・無		

* 個別減免の場合については、利用者が20歳以上の場合に上記に本人の状況を記載。

4 生計中心者の資産等について (障害児施設等軽減を申請する場合)

種類	有無	内容	
生計中心者名義の預貯金等	有・無		
生計中心者名義の不動産等	有・無		一定の親族のための居住用不動産に該当する
			一定の親族のための居住用不動産に該当する
その他の資産	有・無		

申請書提出者	申請者(保護者)	申請者本人以外(下の欄に記入)	
フリガナ		申請者	
氏名		との関係	
住所	〒 電話番号		

(記入上の注意)

1. 収入のうち証明書等があるものは、この申請書に必ず添付して下さい。
2. 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付して下さい。
3. 不実の申告をした場合、関係法令により処罰される場合があります。

様式第15号の6 (第18条の3関係)

(障害児施設給付費 障害児施設医療費)支給変更申請書兼
利用者負担額減額・免除等変更申請書

児童相談所長 殿

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏名			受給者証番号
	居住地	〒	電話番号		
支給申請に係る 障害児氏名	フリガナ			生年月日	年 月 日
				続柄	
身体障害者 手帳番号		療育手帳 番号		精神障害者保健 福祉手帳番号	
変更の理由					

サービス利用の 状況	障害福祉サービス	利用中のサービスの種類と内容等			
	障害児施設支援	利用中の施設支援の種類・内容等			
変更を申請するサービスの 種類等	申請する支援の種類・申請に係る具体的内容				
	障害児施設給 付費	知的障害児施設	第1種自閉症児施設	第2種自閉症児施設	
		知的障害児通園施設	盲児施設	ろうあ児施設	
		難聴幼児通園施設	肢体不自由児施設 (入所・通所)	肢体不自由児療護施設	
		肢体不自由児通園施設	重症心身障害児施設	指定医療機関 (重症心身障害児・肢体不自由児)	
具体的 内容					

付表

世帯状況・収入・資産等申告書

児童相談所長 殿

申告年月日 年 月 日

申告者（保護者）住所
（保護者）氏名

（ 障害児施設等軽減を申請する場合
生計中心者住所
" 氏名 ）

次のとおり申告します。

1 世帯の状況等について 住民票と同じ

	氏 名	生 年 月 日	本人との関係
申 請 者			
世 帯 主			
世 帯 員			

2 申請者の収入の状況について

（ 個別減免・補足給付を申請しない場合... 、 、 のみ記入
" 申請する場合...全て記入 ）

(1)合計所得金額の状況

合計所得金額	円
--------	---

(2)収入等の状況

収入（A）（年収）

区分	種 類	収入額
稼 得 等 収 入	障害年金等（障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、特別障害給付金、障害を事由に支給される労災による年金等、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金等）（ ）	円
	特別児童扶養手当等（特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当、特別児童扶養手当）（ ）	円
	工賃等収入	円
	その他の収入（ ）	円
収 入 そ の 他	仕送り収入	円
	不動産等による家賃収入	円
	その他の収入（ ）	円

必要経費（B）

種 類	内 容	金 額
租 税		円
		円
社会保険料		円
		円

（裏面に続く）

(裏面)

3 申請者の資産等について(個別減免、障害児施設等軽減を申請する場合)

種類	有無	内容	
申請者名義の預貯金等	有・無		
申請者名義の不動産等	有・無		一定の親族のための居住用不動産に該当する
			一定の親族のための居住用不動産に該当する
その他の資産	有・無		

* 個別減免の場合については、利用者が20歳以上の場合に上記に本人の状況を記載。

4 生計中心者の資産等について(障害児施設等軽減を申請する場合)

種類	有無	内容	
生計中心者名義の預貯金等	有・無		
生計中心者名義の不動産等	有・無		一定の親族のための居住用不動産に該当する
			一定の親族のための居住用不動産に該当する
その他の資産	有・無		

申請書提出者	申請者(保護者)	申請者本人以外(下の欄に記入)	
フリガナ	申請者	
氏名		との関係	
住所	〒 電話番号		

(記入上の注意)

1. 収入のうち証明書等があるものは、この申請書に必ず添付して下さい。
2. 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付して下さい。
3. 不実の申告をした場合、関係法令により処罰される場合があります。

様式第15号の7 (第18条の3関係)

(障害児施設給付費 障害児施設医療費)支給決定通知書兼利用者負担額減額・免除等決定通知書

文 書 番 号
年 月 日

〒 -
市(町・村)
様

児童相談所長



年 月 日に申請のありました((障害児施設給付費 障害児施設医療費)の支給)(及び)
(利用者負担額減額・免除等)について、児童福祉法第24条の2の規定に基づき下記のとおり決定し、受給
者証を交付しますので通知します。

記

受 給 者 証 番 号		給付決定保護者 氏 名	
支 給 決 定 日		支給決定に係る 障 害 児 氏 名	
負 担 上 限 月 額 (障 害 児 施 設 給 付 費)		円	適 用 期 間
特 定 入 所 障 害 児 食 費 等 給 付 費		日額 円	

サ - ビ ス の 種 類	支援の内容	有 効 期 間

負 担 上 限 月 額 (障 害 児 施 設 医 療 費)		円	適 用 期 間
食 費 上 限 月 額		円	
公費負担者 番 号		公費受給者番号	

備考 本決定について不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に、福岡県知事に審査請求をすることができます。また、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6ヶ月以内に福岡県を被告として(代表者は福岡県知事となります。)この決定の取消しの訴えを提起することもできます。

なお、決定の取消しの訴えは、審査請求を行った後においては、その審査請求に対する判決があったことを知った日の翌日から起算して6ヶ月以内に提起することができます。

問い合わせ先

児童相談所

住所

電話番号

様式第15号の8 (第18条の3関係)

(障害児施設給付費 障害児施設医療費)支給変更決定通知書兼
利用者負担額減額・免除等変更決定通知書

文 書 番 号
年 月 日

〒 _____
市(町村) _____ 様

児童相談所長

印

年 月 日に申請のありました(障害児施設給付費 障害児施設医療費)の支給変更(及び)
(利用者負担額減額・免除等の変更)について、児童福祉法第24条の2の規定に基づき下記のとおり決定し、通知します。

記

受給者証番号			
給付決定保護者氏名		支給決定に係る障害児氏名	
変更年月日			
変更後のサービスの種類、内容			
変更後の負担上限月額			円
変更後の特定入所障害児食費等給付費	日額	円	
変更の理由			

負担上限月額(障害児施設医療費)				円
公費負担者番号	_____	公費受給者番号	_____	/

受給者証を 児童相談所に提出してください。ただし、既に受給者証を提出されている方は不要です。

提出先 児童相談所 住所 電話番号
提出期限 年 月 日

備考 本決定について不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に、福岡県知事に審査請求をすることができます。また、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6ヶ月以内に福岡県を被告として(代表者は福岡県知事となります。)この決定の取消しの訴えを提起することもできます。

なお、決定の取消しの訴えは、審査請求を行った後においては、その審査請求に対する判決があったことを知った日の翌日から起算して6ヶ月以内に提起することができます。

問い合わせ先
児童相談所 住所 電話番号

様式第15号の9 (第18条の3関係)

却下決定通知書

文 書 番 号
年 月 日

〒 -
市(町・村)
様

児童相談所長



年 月 日に申請された(障害児施設給付費の支給(及び)(利用者負担額減額・免除等)については、下記の理由により却下することに決定しましたので通知します。

記

1 申請事項

2 却下の理由

備考 本決定について不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に、福岡県知事に審査請求をすることができます。また、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6ヶ月以内に福岡県を被告として(代表者は福岡県知事となります。)この決定の取消しの訴えを提起することもできます。

なお、決定の取消しの訴えは、審査請求を行った後においては、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6ヶ月以内に提起することができます。

問い合わせ先

児童相談所

住所

電話番号

様式第15号の10 (裏面) (第18条の3関係)

(四)

注意事項欄

- 1 この証は、各面をよく読んで大切に持っていてください。
- 2 指定施設支援を受けようとするときは、必ずこの証を指定施設に提示してください。
- 3 指定施設支援を受けるときに支払う金額は、指定施設支援に要した費用(食費、光熱水費等を除く。)の1割です。ただし、この証の二面の負担上限月額欄に記載された金額が一月当たりの上限になります。(個別減免等の認定を受けた場合には減免後の額が表示されています。)
- また、食事及び居住に要する費用については、特定入所障害児食費等給付費欄に記載する額を一日当たりの上限として支給します。
- 4 負担上限月額及び特定入所障害児食費等給付費については、毎年施設給付決定保護者の収入等に応じて決定しますので、所定の時期に、この証と認定に必要な関係書類を都道府県等に提出してください。
- 5 給付決定期間を経過したときは、障害児施設給付費の支給を受けられませんので、給付決定期間を経過する前に都道府県等にこの証を添えて、障害児施設給付費の支給の再申請をしてください。
- 6 この証の一、二面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、都道府県等にその旨を届け出てください。

(五)

注意事項欄

- 7 給付決定期間内に、居住地を他の都道府県等の区域に移すと、この証は使えなくなります。
居住地を移そうとする場合は、事前に、この証を交付した都道府県等にご連絡、ご相談ください。
また、給付決定期間内に、他の都道府県等の区域に居住地を移したときは、14日以内に、この証を添えて、この証を交付した都道府県等に届け出てください。
- 8 この証を破損したり、汚したり又は紛失したときは、速やかに届け出て、再交付を受けてください。
また、再交付を受けた後、紛失したこの証を発見したときは、速やかに都道府県等に返してください。
- 9 受給者の資格がなくなつたときは、直ちにこの証を都道府県等に返してください。
- 10 不正にこの証を使用した者は、関係法令により処罰される場合があります。
- 11 施設給付決定の内容欄に記載されていない指定施設支援については、障害児施設給付費の支給は受けられません。

障害児施設医療受給者証						
公費負担者番号	7	9	4	0	6	0
公費受給者番号						1
施設給付決定保護者						3
居住地	フリカナ					
フリカナ	フリカナ					
氏名	フリカナ					
氏名	フリカナ					
障害児	障害児					
被保険者証の記号及び番号	被保険者証の記号及び番号					
負担上限月額	障害児施設医療 (食事療養を除く)			月額		
	食事療養			月額		
適用期間	年 月 日から 年 月 日まで					
交付年月日	年 月 日					
支給都道府県又は市の名称及び印						

・利用者負担額は、毎年7月に見直します。
 ・世帯状況等に変更があった場合は、この証を添えて児童相談所にその旨を届け出てください。

注意事項欄

- この証は、各面をよく読んで大切に持ってください。
- 障害児施設医療を受けようとするときは、必ずこの証に医療保険の被保険者証を添えて、指定障害児施設等に提示してください。
- 障害児施設医療の負担上限月額はこの証の負担上限月額欄に記載された金額が一月当たりの上限となります。(医療型個別減免等の認定を受けた場合には減免後の額が表示されています。)
- 障害児施設医療の負担上限月額は毎年施設給付決定保護者等の収入等に応じて決定しますので、所定の時期にこの証と認定に必要な関係書類を都道府県知事等に提出してください。
- 給付決定期間を超過したときは、障害児施設医療費の支給を受けられませんので、給付決定期間を超過する前に都道府県等にこの証を添えて、障害児施設給付費の支給の再申請をしてください。
- この証の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、都道府県等にその旨を届け出てください。
- 給付決定期間内に、居住地を他の都道府県等の区域に移すと、この証は使えなくなります。居住地を移そうとする場合は、事前に、この証を交付した都道府県等に連絡をご相談ください。また、給付決定期間内に、他の都道府県等の区域に居住地を移したときは、14日以内に、この証を添えて、この証を交付した都道府県等に届け出てください。
- この証を破損したり、汚したり又は紛失したときは、速やかに届け出て、再交付を受けてください。また、再交付を受けた後、紛失したこの証を発見したときは、速やかに、都道府県等に返してください。
- 受給者の資格がなくなったときは、直ちに、この証を都道府県等に返してください。
- 不正にこの証を使用した者は、関係法令により処罰される可能性があります。

様式第15号の13 (第18条の3関係)

申請内容変更届出書

児童相談所長 殿

年 月 日

次のとおり変更がありましたので届け出ます。

フリガナ		生年 月日	年 月 日
申請者			
居住地	〒 電話番号		
フリガナ		続柄	
支給決定に係る 障害児氏名		生年 月日	年 月 日

届出書提出者	申請者本人 申請者本人以外(下の欄に記入)		
フリガナ		本人と の関係	
氏名			
住所	〒 電話番号		

変更事項 (該当に を して下さい。)	支給決定申請者 等に関する事	氏名 居住地 連絡先
	利用者である児 童に関する事	氏名 居住地 連絡先 保護者との関係
	その他	
変更内容	変更前	
	変更後	

変更した内容を証する書類を添付すること。

様式第15号の14 (第18条の3関係)

受給者証再交付申請書

児童相談所長 殿

年 月 日

受給者証の再交付について申請します。

フリガナ		生年 月日	年 月 日
申請者			
居住地	〒 電話番号		
フリガナ		続柄	
支給決定に係る 障害児氏名		生年 月日	年 月 日
支援の内容		受給 者証 番号	

申請書提出者	申請者本人	申請者本人以外(下の欄に記入)	
フリガナ		本人と の関係	
氏名			
住所	〒 電話番号		

申請の理由	
-------	--

従前使用していた受給者証を添付すること。(紛失を除く。)

様式第15号の15 (第18条の4関係)

高額障害児施設給付費 支給申請書

福岡県知事 殿

次のとおり関係書類を添えて高額障害児施設給付費の支給を申請します。

申請年月日 年 月 日

フリガナ											
申請者氏名	障害者自立支援法 児童福祉法 介護保険法										
	制 度	受給者証番号又は被保険者証番号									
生年月日	年 月 日										
居 住 地	〒 電話番号										
フリガナ	続 柄										
支給決定に係る 障害児氏名	生年月日 年 月 日										
サービス利用月の世帯における対象費用の支払合計額	申請に係るサービス利用月 年 月分										
サービス利用月の申請者の対象費用の支払合計額											
支給決定障害者等 同一世帯に属する他の	氏 名		生年月日			障害者自立支援法 児童福祉法 介護保険法					
						制 度 受給者証番号又は被保険者証番号					

- (注1) 支払額を証する領収書を添付してください。
- (注2) 世帯範囲の特例の適用を受けている場合は、その世帯範囲で申請してください。
- (注3) 申請者と同一世帯の他の支給決定障害者等全員分の申請書を併せて提出してください。

高額障害児施設給付費等を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替 依頼書	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所			種目	口座番号				
	金融機関コード		店舗コード			1 普通預金					
						2 当座預金					
						3 その他					
	フリガナ										
	口座名義人										

申請書提出者	申請者本人 申請者本人以外(下の欄に記入)										
フリガナ											
氏 名	申請者との関係										
住 所	〒 電話番号										

様式第15号の16 (第18条の4関係)

高額障害児施設給付費支給(不支給)決定通知書

文 書 番 号
年 月 日

〒 -
市(町・村)
様

福岡県知事 印

年 月 日に申請のありました高額障害児施設給付費については、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

支給決定 保護者氏名		受給者 証番号																
支給決定に 係る障害児氏名																		

受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
本人支払額	円	申請に係る サービス利用月	円
支給	する しない	支給金額	
不支給の理由			

支払方法(口座払い)	
振込先	
金融機関	
口座種目	
口座番号	
口座名義人	

不服申立て及び取消訴訟

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に福岡県知事に対し異議申立てをすることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の異議申立てに対する決定書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に福岡県を被告として(代表者は福岡県知事となります。)提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の異議申立てに対する決定を経た後(次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときは除く。)でなければ提起することができません。
 - 異議申立てがあった日から3か月を経過しても決定がないとき。
 - 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
 - その他決定を経ないことにつき正当な理由があるとき。

問い合わせ先

福岡県障害者福祉課 福岡県福岡市博多区東公園7番7号 電話番号

様式第15号の17 (第18条の5関係)

受付番号

障害児施設支援 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

印

児童福祉法に規定する障害児施設支援に係る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。

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	
指定を受けようとする施設の種類	フリガナ				
	名称				
	施設の所在地		(郵便番号 —) 県 郡・市		
	施設種別		指定申請する施設の支援開始年月日		様式
	同一施設内において行う事業等の種類		事業者番号		
	備考				

(備考)

- 1 「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。
- 2 「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」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記載してください。
- 3 「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。
- 4 「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てください。
- 5 「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1-1 知的障害者施設支援の指定に係る記載事項

(知的障害児施設)

受付番号

施設	フリガナ									
	名称		-----							
	所在地		(郵便番号 -----) ----- 県 ----- 郡・市 -----							
管理 者	フリガナ				住所		(郵便番号 -----) ----- 県 ----- 郡・市 -----			
	氏名									
併設する施設の名称及び概要			名称							
			概要							
当該支援の実施について定めてある定款又は条例等					第 条 第 項 第 号					
他事業の実施の有無			有 ・ 無							
従業者の職種・員数			医師		児童指導員		保育士		栄養士	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数		常勤(人)								
		非常勤(人)								
備考										
基準上の必要人数(人)										
設備基準上の数値記載項目等			調理員		職業指導員					
			専従	兼務	専従	兼務				
居室		1室の最大定員		人	基準上の必要値		居室 静養室 調理室			
		入所児1人あたりの最小床面積		m ²	m ²	浴室 静養室 調理室		便所		(設置部分を○でかこむ)
主な掲示事項										
入所定員			人 (過去3ヶ月 平均入所児 人)							
利用料										
その他の費用										
その他参考となる事項			第三者評価の実施状況		している ・ していない					
			苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者			
その他										
協力医療機関			名称				主な診療科名			
添付書類			別添のとおり(定款及び登記簿謄本又は条例等、運営規程、入所児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、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの) 契約制度導入に伴い利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規他参考になるもの 障害児施設給付費の請求に関する事項							

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
3. 「併設する施設の名称及び概要」欄には、施設の目的及び提供するサービスの内容等を記載してください。
4. 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
5. 「その他の費用」欄には、入所児又は保護者等に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

付表1-2 知的障害者施設支援の指定に係る記載事項

(第1種自閉症児施設 第2種自閉症児施設)

受付番号

*いずれかに○を付けてください。

施設	フリガナ		-----								
	名称		-----								
	所在地		(郵便番号 -----) 県 ----- 郡・市 -----								
管理者	フリガナ		住所		(郵便番号 -----)						
	氏名				----- 県 ----- 郡・市 -----						
併設する施設の名称及び概要			名称		-----						
			概要		-----						
当該支援の実施について定めてある定款又は条例等					第 条 第 項 第 号						
他事業の実施の有無					有・無						
従業者の職種・員数			医師		児童指導委員		保育士		栄養士		
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
従業者数		常勤(人)									
		非常勤(人)									
備考											
基準上の必要人数(人)											
			調理師								
			専従	兼務	専従	兼務					
従業者数		常勤(人)									
		非常勤(人)									
備考											
基準上の必要人数(人)											
設備基準上の数値記載項目等					基準上の必要値		居室	静養室	調理室		
居室		1室の最大定員	人	人以下		浴室	静養室	調理室	観察室		
		入所児1人あたりの最小床面積	m ²	m ²		訓練室	便所	観察室			
(設置部分を○でかこむ)											
主な揭示事項											
入所定員					人 (過去3ヶ月 平均入所児 人)						
利用料											
その他の費用											
その他参考となる事項					第三者評価の実施状況		している・していない				
					苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者		
					その他						
添付書類		別添のとおり(定款及び登記簿謄本又は条例等、運営規程、入所児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、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表) 契約制度導入に伴い利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規他参考になるもの 障害児施設給付費の請求に関する事項									

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
3. 「併設する施設の名称及び概要」欄には、施設の目的及び提供するサービスの内容等を記載してください。
4. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
5. 「その他の費用」欄には、入所児又は保護者等に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

付表3 盲ろうあ児施設支援の指定に係る記載事項

(盲児施設 ろうあ児施設 難聴幼児通園施設)

受付番号	
------	--

※いずれかに○を付してください。

施設	フリガナ								
	名称	-----							
	所在地	(郵便番号	—)	-----				
		県		郡・市	-----				
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号	—)	-----	
	氏名				県		郡・市	-----	
併設する施設の名称及び概要		名称							
		概要							
当該支援の実施について定めてある定款又は条例等					第 条第 項第 号				
他事業の実施の有無			有・無						
従業者の職種・員数		医師		児童指導員		保育士		栄養士	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
		調理員		聴能訓練担当職員		言語機能訓練担当職員		職業指導員	
		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)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
設備上の配慮点									
設備基準上の数値記載項目等		(設置部分を○でかこむ)				居室 講堂 遊戯室 浴室 訓練室 調理室 相談室 便所 職業指導に必要な設備 観察室 音楽に関する設備 映写に関する設備 医務室 静養室 聴力検査室			
居室	1室の最大定員	人		基準上の必要値		人以下			
	入所児1人あたりの最小床面積	㎡		㎡		㎡			
主な掲示事項									
入所定員		人(過去 3ヶ月 平均 入所児 人)							
利用料									
その他の費用									
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している・していない					
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者			
		その他							
協力医療機関		名称				主な診療科名			
添付書類		別添のとおり(定款及び登記簿謄本又は条例等、運営規程、入所者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの) 契約制度導入に伴い利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規他参考になるもの 障害児施設給付費の請求に関する事項							

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
3. 「併設する施設の名称及び概要」欄には、施設の目的及び提供するサービスの内容等を記載してください。
4. 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
5. 「その他の費用」欄には、入所児又は保護者等に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

付表4 - 1 肢体不自由児施設支援の指定に係る記載事項

(肢体不自由児施設 肢体不自由児通園施設)

受付番号	
------	--

※いずれかに○を付してください。

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			住所	(郵便番号 -) 県 郡・市				
	氏名								
併設する施設の名称及び概要		名称							
		概要							
当該支援の実施について定めてある定款又は条例等 他事業の実施の有無				第 条第 項第 号 有 ・ 無					
従業者の職種・員数		医師		看護師		児童指導員		保育士	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
従業者数		栄養士		調理員		理学療法士又は作業療法士			
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
従業者数		常勤(人)							
		非常勤(人)							
備考									
基準上の必要人数(人)									
設備上の配慮点									
設置部分等 (設置部分を○でかこむ)		ギブス室 訓練室 屋外訓練場 講堂 調理室 図書室 相談室 義肢装具を製作する設備 特殊手工芸等の作業を指導するに必要な設備 * 医療法に規定する病院・診療所として必要な設備を満たしていること							
主な揭示事項									
入所定員		人(過去3ヶ月 平均入所児 人)							
利用料									
その他の費用									
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している ・ していない					
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者			
		その他							
添付書類		別添のとおり(定款及び登記簿謄本又は条例等、運営規程、入所者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表) 契約制度導入に伴い利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規他参考になるもの 障害児施設給付費の請求に関する事項							

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
3. 「併設する施設の名称及び概要」欄には、施設の目的及び提供するサービスの内容等を記載してください。
4. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
5. 「その他の費用」欄には、入所児又は保護者等に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

付表4-2 肢体不自由児施設支援の指定に係る記載事項

(肢体不自由児療護施設)

受付番号

施設	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡・市							
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -) 県 郡・市				
	氏名								
併設する施設の名称及び概要		名称							
		概要							
当該支援の実施について定めてある定款又は条例等 他事業の実施の有無				第 条第 項第 号 有・無					
従業者の職種・員数		医師		看護師		児童指導員		保育士	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
		栄養士		調理員		職業指導員			
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
設備上の配慮点									
設置部分等 (設置部分を○でかこむ)		居室		訓練室		屋外訓練場		調理室	
		医務室		静養室		便所		浴室	
主な揭示事項									
入所定員		人(過去3ヶ月 平均入所児 人)							
利用料									
その他の費用									
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している・していない					
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者			
		その他							
協力医療機関		名称				主な診療科名			
添付書類		別添のとおり(定款及び登記簿謄本又は条例等、運営規程、入所者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの) 契約制度導入に伴い利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規他参考になるもの 障害児施設給付費の請求に関する事項							

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
3. 「併設する施設の名称及び概要」欄には、施設の目的及び提供するサービスの内容等を記載してください。
4. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
5. 「その他の費用」欄には、入所児又は保護者等に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

付表5 重症心身障害児施設支援の指定に係る記載事項

(重症心身障害児施設)

受付番号

施設	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡・市							
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)				
	氏名				県 郡・市				
併設する施設の名称及び概要		名称							
		概要							
当該支援の実施について定めてある定款又は条例等					第 条第 項第 号				
他事業の実施の有無					有・無				
従業者の職種・員数		医師		看護師		児童指導員		保育士	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
従業者数		栄養士		調理員		理学療法士又は作業療法士			
		専従	兼務	専従	兼務	専従		兼務	
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
従業者数		心理指導担当職員							
		専従	兼務						
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
設備上の配慮点									
設置部分等 (該当部分を○でかこむ)		観察室 訓練室 看護師詰所 浴室 * 医療法に規定する病院として必要な設備を設けてあること							
主な揭示事項									
入所定員		人(過去3ヶ月 平均入所児 人)							
利用料									
その他の費用									
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している・していない					
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者			
		その他							
添付書類		別添のとおり(定款及び登記簿謄本又は条例等、運営規程、入所者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表) 契約制度導入に伴い利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規等参考になるもの 障害児施設給付費の請求に関する事項							

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
3. 「併設する施設の名称及び概要」欄には、施設の目的及び提供するサービスの内容等を記載してください。
4. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
5. 「その他の費用」欄には、入所児又は保護者等に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

様式第15号の18 (第18条の5関係)

変更届出書

年 月 日

福岡県知事 殿

申請者(所在地) 住所
 氏名 氏名
 (名称及び代表者氏名) 印

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

指定内容を変更した施設	名称 所在地 支 援 の 種 類
変更があった事項	変更の内容
1 施設の名称 2 施設の所在地(設置の場所) 3 申請者(設置者)の名称 4 代表者の氏名及び住所 5 定款・寄付行為等及びその登記簿の謄本 6 又は条例等(当該指定に係る事業に関するものに限る。) 7 施設の平面図及び設備の概要 8 施設の管理者の氏名及び住所 9 運営規程	(変更前)
10 障害児施設給付費の請求に関する事項 11 併設施設における利用定員数又は当該施設の入所者の定員 12 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 13 当該申請に係る支援の開始予定年月日 併設する施設がある場合の施設の概要	(変更後)
変更年月日	年 月 日

- 備考1 該当項目番号に○を付してください。
 2 変更内容がわかる書類を添付してください。
 3 変更の日から10日以内に届け出てください。

様式第15号の19 (第18条の5関係)

指定辞退届出書

年 月 日

福岡県知事 殿

申請者(所在地) 住所
 氏名 氏名
 (名称及び代表者氏名) 印

次のとおり指定を辞退したいので届け出ます。

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。

様式第二十一号(その一)中「

序	終
終	終

を

に改める。

様式第二十八号中「冊」を「冊」に改め、「()」を削る。

附則

この規則は、公布の日から施行する。

福岡県河川法施行細則の一部を改正する規則を制定し、ここに公布する。

平成十九年五月三十日

福岡県知事 麻生 渡

福岡県規則第五十二号

福岡県河川法施行細則の一部を改正する規則

福岡県河川法施行細則(昭和四十三年福岡県規則第二十二号)の一部を次のように改正する。

第一条中「建設省令、建設省告示等」を「国土交通省令、国土交通省告示等」に改める。

第二条第一号を次のように改める。

一 管理河川 法第九条第二項に規定する指定区間内の一級河川(法第九条第五項の規定に基づき指定都市の長が管理する河川の区間を除く。以下同じ。)及び法第五条第一項の二級河川(法第十条第二項の規定に基づき指定都市の長が管理する河川の区間を除く。以下同じ。)をいう。

第二条第二号中「河川工事事務所長」を削る。

第三条及び第四条を次のように改める。

第三条及び第四条 削除

第五条の見出し中「保管及び閲覧」を「及び保管」に改め、同条第二項中「次の表に掲げる」を「別に定める」に改め、同項の表及び同条第三項を削る。

第六条第一項中「(以下「他の工作物」という。)」を削り、「様式第二号」を「様式第一号」に改め、同条第二項を削る。

第八条第一項中「行なおうと」を「行おうと」に、「様式第五号」を「様式第二号」に改め、同条第二項中「(様式第六号)」を削る。

第九条第一項中「様式第七号」を「様式第三号」に改め、同条第二項中「行なわれた」を「行われた」に、「なった」を「なった」に改め、「(様式第八号)」を削る。

第十条及び第十一条を次のように改める。

第十条及び第十一条 削除

第十二条中「第十六条の八及び前条」を「第十六の三及び第十六条の八」に改め、「次の表に掲げる」を削り、同条の表を削る。

第十三条第一項中「河川工作物完成検査申請書(様式第十六号)」を「河川許可工作物完成検査申請書(様式第四号)」に改め、同条第二項中「河川工作物完成検査結果通知書(様式第十七号)」を「河川許可工作物完成検査結果通知書」に改め、同条第三項中「河川工作物一部使用に関する通知書(様式第十八号)」を「河川許可工作物一部使用に関する承認書」に改める。

第十三条の二中「行なわない」を「行わない」に、「行なわなくなった」を「行わなくなった」に、「様式第十八号の二」を「様式第五号」に改める。

第十四条第一項中「第二十六条」を「第二十六条第一項」に、「河川工作物の用途廃止届(様式第十九号)」を「河川許可工作物の用途廃止届(様式第六号)」に改め、同条第二項中「なった」を「なった」に改め、「(様式第二十号)」を削る。

第十五条から第十七条までを次のように改める。

第十五条から第十七条まで 削除

第十七条の二中「(様式第二十二号の二)」を削る。

第十八条第一項中「次長」を「副所長並びに」に、「第二百三十三条第一項第二号口及び第三号八」を「第二百三十三条第一項第二号ラ及び第五号二」に、「もつて」を「もつて」に改め、同条第二項中「使員」を「職員」に改める。

第十九条中「(様式第二十三号)」を削る。

第二十条中「行なう」を「行う」に改める。

第二十一条第二項中「あつた」を「あつた」に、「すみやかに」を「速やかに」に改

める。

第二十二条中「別表二」を「別表」に、「行なう」を「行う」に改め、同条の次に次の一条を加える。

(雑則)

第二十三条 この規則に定めるもののほか、この規則により提出する書類の様式その他必要な事項は、別に定める。

別表二を削り、別表一を次のように改める。

別表 (第22条関係)

種 別	区 分		根拠規定	写しの部数
1 流水占用に係るもの	一級河川の指定区間に係る流水占用で、次に掲げるもの（準特定水利使用という。）の許可申請書 (1) 取水量が、1日につき最大1,200立方メートル又は給水人口が5千人以上の水道のためにするもの (2) 取水量が、1日につき最大1,200立方メートル以上の鉱工業用水道のためにするもの (3) 取水量が、1秒につき最大0.3立方メートル以上又はかんがい面積が100ヘクタール以上のかんがいのためにするもの		法第23条 法第79条 施行令第45条	8部
	二級河川に係る流水占用で、次に掲げるもの（特定水利使用）の許可申請書 (1) 発電のためにするもの (2) 取水量が、1日につき最大2,500立方メートル以上又は給水人口が1万人以上の水道のためにするもの (3) 取水量が、1日につき最大2,500立方メートル以上の鉱工業用水道のためにするもの (4) 取水量が、1秒につき最大1立方メートル以上又はかんがい面積が300ヘクタール以上のかんがいのためにするもの		法第23条 法第79条	8部
	その他の流水占用の許可申請書		法第23条	3部
2 流水占用以外の許可に係るもの	土地の占用許可申請書	土木事務所長の委任事項に係るもの	法第24条	1部
		その他の占用		2部
	土石等の採取許可申請書		法第25条	1部
	工作物の新築、改築、除却等許可申請書	土木事務所長の委任事項に係るもの	法策26条	1部
		その他の工作物の新築及び改築		2部
	土地の掘さく等許可申請書		法第27条	1部
	河川流送許可申請書		施行令第16条の3	1部
	物件の洗浄及び堆積等許可申請書		施行令第16条の8	1部
3 その他 のもの	前記以外のもの			2部

様式第一号から様式第六号までを次のように改める。

様式第1号 (第6条関係)

河川兼用工作物設置協議書

年 月 日

河川管理者

福岡県知事 殿

協議者 住 所

氏 名

(印)

福岡県河川法施行細則 (昭和43年福岡県規則第22号) 第6条の規定に基づき

市 区

町 大字 字 番地先の 級河川 川の河川管理施設 を に兼用したいので、

郡 村

別紙「河川兼用工作物管理協定書」のとおり協議します。

様式第 2 号 (第 8 条関係)

河川出願工事承認申請書

年 月 日

河川管理者
福岡県知事

殿

福岡県 土木事務所長

申請者 住 所
氏 名 (印)

河川法 (昭和39年法律第167号) 第20条の規定に基づき、下記のとおり河川工事 (河川の維持) を施行したいので、承認申請します。

記

区 分	内 容
河川工事又は河川の維持を行う目的	
河川工事又は河川の維持を行う場所	市 区 町大字 字 番地先 郡 村 左 級河川 川 岸 右
河川工事又は河川の維持を行う方法	
河川工事の設計又は河川の維持の実施計画	
河川工事又は河川の維持の費用負担の方法	

様式第3号 (第9条関係)

河川工事に伴う損失補償請求 (要求) 書

年 月 日

河川管理者

福岡県 土木事務所長 殿

請求 (要求) 者 住所

氏 名 (印)

市 区 左

町大字 字 番地先の 級河川 川 岸の河川工事により、下記のとおり損失を受けたの

郡 村 右

で、河川法 (昭和39年法律第167号) 第21条第 1 項の規定に基づきその補償を請求又は工事を要求します。

記

区 分	内 容
受けた損失に係る河川工事の概要	
損失を受けた物件の所在地及び物件名	
損失の事実	
損失補償請求額又は要求工事	
損失補償の見積額又は要求工事の内訳	
補償請求又は要求の理由	

様式第4号 (第13条関係)

河川許可工作物完成検査申請書

年 月 日

河川管理者
福岡県知事

殿

福岡県 土木事務所長

申請者 住所
氏名 (印)

河川法 (昭和39年法律167号) 第30条第1項の規定に基づき、工事完成検査を受けたいので、下記により申請します。

記

区 分	内 容
河川の名称	級河川 川
工作物の所在	市 区 町大字 字 番地先 郡 村 級河川 左 川 岸 1号地内又 2号地内若しくは 3号地内 右
工作物の名称又は種類	
工作物の構造又は能力	
工作物の使用開始の予定年月日	年 月 日
河川法第26条の許可申請書及び許可書の写	

添付書類 工作物の工事に関連する他の工事の実施状況

様式第5号 (第13条の2関係)

土地返還届

年 月 日

河川管理者

福岡県 土木事務所長 殿

届出人 住所

氏名

(印)

年 月 日付け 第 号による河川法 (昭和39年法律167号) 第24条の許可に基づき占用した下記の土地については返還します。

記

区 分	内 容
河川の名称	
占用の目的及び形態	
占用の場所	
占用に係る土地の面積	m ²
許可の期限	年 月 日
土地の返還の理由	

様式第6号 (第14条関係)

河川許可工作物の用途廃止届

年 月 日

河川管理者
福岡県知事

殿

福岡県 土木事務所長

届出人 住所
氏名 (印)

年 月 日付けをもって河川法（昭和39年法律第167号）第26条の許可を受けた下記の工作物については、その用途を 年 月 日から廃止しましたので、同法第31条第1項の規定に基づき届け出ます。

記

区 分	内 容
河川の名称	級河川 川
工作物の所在	市 区 町大字 字 番地先 郡 村 左 川 岸 号地内 右
工作物の名称又は種類	
用途廃止の理由	
河川法第26条の許可書の写	別添写しのとおり
備考	

様式第七号から様式第二十三号までを削る。

附則

この規則は、公布の日から施行する。

福岡県砂利採取計画等に関する細則の一部を改正する規則を制定し、ここに公布する。

平成十九年五月三十日

福岡県知事 麻生 渡

福岡県規則第五十三号

福岡県砂利採取計画等に関する細則

福岡県砂利採取計画等に関する細則（昭和四十四年福岡県規則第六十二号）の一部を次のように改正する。

第二条第三項中「あつた」を「あつた」に、「自から」を「自ら」に改める。

第三条第一項中「（様式第一号）」を削り、同条第二項中「（様式第二号）」を削り

、同条第三項中「（様式第三号）」を削る。

第四条中「（様式第四号）」を削る。

第五条第一項中「（様式第五号）」を削り、同条第二項中「行なつた」を「行なつた

」に改め、「（様式第六号）」を削る。

第六条中「取消し」を「取り消し」に改め、「（様式第七号）」及び「（様式第八号

）」を削る。

第七条中「（様式第九号）」を削り、同条第一号及び第三号中「あつた」を「あつた

」に改め、同条第五号中「しなかつた」を「しなかつた」に改める。

第八条中「様式第十号」を「別記様式」に改める。

第九条の次に次の一条を加える。

（雑則）

第十条 この規則に定めるもののほか、この規則により受付する書類の様式その他必要な事項は、別に定める。

様式第二号から様式第十号までを削り、様式第一号を次のように改める。

別記様式（第8条関係）

第 号
年 月 日

福岡県知事

河川管理者

福岡県 土木事務所長

福岡県 土木事務所長

市（町村）長 印

砂利採取に伴う災害防止措置要請書

当市（町村）における下記の砂利採取計画は、次のような事情にあるため災害が発生するおそれがありますから、必要な防止措置を講じられるよう砂利採取法（昭和43年法律第74号）第37条第1項の規定に基づき要請します。

記

- 1 採取計画認可申請者又は認可を受けた者の氏名
- 2 採取場の所在地
- 3 要請を行う事情
- 4 必要な防止措置の方法

附則
この規則は、公布の日から施行する。

定価 一箇月六、三五〇円（税込・郵便料別）