

附 則

（施行期日）

1 この規則は、公布の日から施行する。

（経過措置）

2 改正前の児童福祉法施行細則第三号様式の二及び第三号様式の三の規定による用紙は、
当分の間、所要の補正をして使用することができる。

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行細則の一部を改正する
規則をここに公布する。

平成三十年十二月十九日

大分県知事 広 瀬 勝 貞

大分県規則第八十五号

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行細則の一部
を改正する規則

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行細則（平成十八年大分
県規則第八十六号）の一部を次のように改正する。

第一号様式中「付表14」を「付表13」に改め、同様式の備考に次のように加える。

6 付表については、指定を受けようとする事業所等に対応するものを添付すること。
第一号様式に次のように加える。

付表1-1 居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ						
	名称						
	所在地	(郵便番号 ー) 県 郡・市					
管理者	連絡先	電話番号	FAX番号	e-mail			
	フリガナ			住所	(郵便番号 ー) 県 郡・市		
	氏名			居宅介護等従業者との兼務の有無 有 ・ 無			
	同一敷地内の他の事業所又は施設 の従業者との兼務(兼務の場合記 入)		事業所等の名称		兼務する職種及び勤務時 間等		
	実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めている条例等				第 条 第 項 第 号		
	サービス 提供責任者	フリガナ			住所	(郵便番号 ー)	
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	
従業員数		常勤(人)		常勤(人)		非常勤(人)	
		非常勤(人)		非常勤(人)		非常勤(人)	
常勤換算後の人数(人)							
基準上の必要人数(人)							
主な揭示事項							
営業日							
営業時間							
サービス内容		居宅介護【身体介護(身体介護・通院介助)・家事援助等(家事援助・通院介助)・乗降介助】 重度訪問介護・同行援護・行動援護					
主たる対象者		居宅介護	特定無し・身体障害者・知的障害者・障害児・精神障害者・難病等対象者				
		重度訪問介護	特定無し・身体障害者・知的障害者・精神障害者・難病等対象者・加算対象者以外				
		同行援護	特定無し・身体障害者・障害児・難病等対象者				
		行動援護	特定無し・知的障害者・障害児・精神障害者・難病等対象者				
利用料							
その他の費用							
通常の事業の実施地域							
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している ・ していない			
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)	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(登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するため に講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表)					

(備考)

- 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、併せて重度訪問介護の指定もされることになりますので、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。
- 「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。
- 「主な揭示事項」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1-2 居宅介護等を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

受付番号

事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡・市				
	連絡先	電話番号	FAX番号	e-mail		
主な揭示事項						
営業日						
営業時間						
指定居宅介護等の内容						
居宅介護【身体介護（身体介護・通院介助）・家事援助等（家事援助・通院介助）・乗降介助】 重度訪問介護 ・ 同行援護 ・ 行動援護						
主たる対象者	居宅介護	特定無し・身体障害者・知的障害者・障害児・精神障害者・難病等対象者				
	重度訪問介護	特定無し・身体障害者・知的障害者・精神障害者・難病等対象者・加算対象者以外				
	同行援護	特定無し・身体障害者・障害児・難病等対象者				
	行動援護	特定無し・知的障害者・障害児・精神障害者・難病等対象者				
利用料						
その他の費用						
通常の事業の実施地域						
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	している ・ していない				
	苦情解決の措置概要	窓口（連絡先）		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（登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表）						

(備考)

- 1 「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 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 4 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
- 5 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は適宜地図を添付してください。

平成三十年十二月十九日

大分県報号外（規則）

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								
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									
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)		事業所等の名称							
			兼務する職種及び勤務時間等							
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めている条例等 第 条 第 項 第 号										
サービス管理責任者	フリガナ					住所 (郵便番号 -)				
	氏名									
従業者の職種・員数		サービス管理責任者		医師		生活支援員		看護職員		
		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務		
従業者数	常勤(人)									
	非常勤(人)									
常勤換算後の人数(人)										
基準上の必要人数(人)										
		看護補助者								
		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務		
従業者数	常勤(人)									
	非常勤(人)									
常勤換算後の人数(人)										
基準上の必要人数(人)										
従業者数	常勤(人)									
	非常勤(人)									
常勤換算後の人数(人)										
基準上の必要人数(人)										
前年度の平均利用者数(人)										
主な揭示事項										
利用定員		人(単位ごとの定員) ① ②								
基準上の必要定員										
設置部分		多目的室(デイルーム) 有 ・ 無								
利用料										
その他の費用										
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している ・ していない						
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者				
		その他								
一体的に管理運営する他の事業所										
添付書類		別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、建物の構造概要及び平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、医療法に規定する医療機関として許可を受けたことが分かる証明書等)								

(備考)

- 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
- 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 「※兼務」欄には、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。

平成三十年十二月十九日

大分県報号外(規則)

五

付表 3-1 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12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											
	当該生活介護事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)											
	他の事業所又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合記入)		事業所等の名称									
		兼務する職種及び勤務時間等										
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めている条例等 第 条 第 項 第 号												
サービス管理責任者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)						
	氏名											
従業者の職種・員数		医師		サービス管理責任者		看護職員		理学療法士		作業療法士		
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	
従業者数	常勤 (人)											
	非常勤 (人)											
常勤換算後の人数 (人)												
基準上の必要人数 (人)												
機能訓練指導員		生活支援員		精神保健福祉士		その他の従業者						
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務			
従業者数	常勤 (人)											
	非常勤 (人)											
常勤換算後の人数 (人)												
基準上の必要人数 (人)												
前年度の平均実利用者数 (人)		施設が申告する障害支援区分の平均値										
		サービス単位	4未満			4以上5未満			5以上			
		サービス単位1										
		サービス単位2										
サービス単位3												
主な揭示事項												
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		難病等対象者						
利用定員		人 (単位ごとの定員) (① ②)										
基準上の必要定員												
多機能型実施の有無		有 ・ 無										
利用料												
その他の費用												
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している ・ していない								
		苦情解決の措置概要		窓口 (連絡先)		担当者						
その他												
協力医療機関		名称		主な診療科名								
一体的に管理運営する他の事業所												
添付書類		別添のとおり (登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの)										

(備考)

- 「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。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 「看護職員」とは保健師、看護師、准看護師のことを言います。
- 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
- 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 「※兼務」欄は、施設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。
- 「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12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						
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めている条例等 第 条 第 項 第 号													
サービス管理責任者	フリガナ						住所	(郵便番号 -)					
	氏名												
従業者の職種・員数		医師		サービス管理責任者		看護職員		理学療法士		作業療法士			
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務		
従業者数	常勤(人)												
	非常勤(人)												
	常勤換算後の人数(人)												
	基準上の必要人数(人)												
機能訓練指導員		生活支援員		精神保健福祉士		その他の従業者							
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務				
従業者数	常勤(人)												
	非常勤(人)												
	常勤換算後の人数(人)												
	基準上の必要人数(人)												
前年度の平均実利用者数(人)	施設が申告する障害支援区分の平均値												
	サービス単位	4未満			4以上5未満			5以上					
	サービス単位1												
	サービス単位2												
サービス単位3													
主な掲示事項													
営業日	単位ごとの営業日												
営業時間	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く) (① : ~ : ② : ~ :)												
主たる対象者	特定無し		身体障害者										
	細分無し		肢体不自由		視覚障害		聴覚・言語		内部障害				
	知的障害者		精神障害者		難病等対象者								
利用定員	人(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(登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの)												

(備考)

- 「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。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 「看護職員」とは保健師、看護師、准看護師のことを言います。
- 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
- 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 「※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。
- 「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 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 -----													
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	名称														
施設種別等															
併設(本体)施設の入所者の定員(人)															
単独型事業所の居室	1室の最大定員(人)			入所者1人あたりの最小床面積			m ²								
従業者の職種 ・員数(人)	サービス 管理責任者		医師		看護職員						心理判定員				
	専従 ※兼務		専従 ※兼務		合計		保健師		看護師		准看護師		専従 ※兼務		
	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	
	常勤(人)														
従業者数	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		理学療法士等						あん摩マッ サージ指圧師		生活支援員				
	専従 ※兼務		専従 ※兼務		合計		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員		専従 ※兼務		
	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	
	常勤(人)														
従業者数	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		就労支援員		介護職員		児童指導員		保育士		精神保健福祉士		その他の従業者		
	専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務		
	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	
	常勤(人)														
従業者数	非常勤(人)														
常勤換算後の人数(人)															
基準上の必要人数(人)															
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について 定めている条例等					第 条 第 項 第 号										
主な揭示事項															
主たる対象者		特定無し・身体障害者・知的障害者・障害児・精神障害者・難病等対象者													
利用料															
その他の費用															
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況			している・していない										
		苦情解決の措置概要			窓口(連絡先)				担当者						
		その他													
協力医療機関		名称			主な診療科名										
一体的に管理運営される 他の事業所															
添付書類		別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、建物の構造概要及び平面図、経歴書、運営規程、利用者からの 苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、協力医療機関 との契約の内容がわかるもの)													

- (備考)
- 1 「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5 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	
	フリガナ			
管理者	氏名	住所	(郵便番号 -) 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		
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めている条例等第 条 第 項 第 号				
サービス提供責任者	フリガナ	住所		(郵便番号 -)
	氏名			
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(登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表)			

(備考)

- 「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。

平成三十年十二月十九日

大分県報号外(規則)

付表6 (その1) 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

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		e-mail		
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						
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めている条例等 第 条 第 項 第 号								
利用定員数								
サービス管理責任者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)		
	氏名				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)								
サービスの提供形態 (該当部分に○)	介護サービス包括型		生活支援員の業務の外部委託の予定 有 (月 時間) ・ 無					
	日中サービス支援型		生活支援員の業務の外部委託の予定 有 (月 時間) ・ 無					
	外部サービス利用型		受託居宅介護サービス事業者が事業を行う事業所の名称及び所在地並びに当該事業者の名称及び所在地 別紙のとおり					
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 (登記事項証明書又は条例等、共同生活住居の構造概要及び平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、協議会等への報告、協議会からの評価等に関する措置の概要、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの、外部サービス利用型の場合は受託居宅介護サービス事業者との契約内容がわかるもの) 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も、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6（その3）

サテライト型住居①	フリガナ		
	名 称		
	所在地	(郵便番号	—)
		県	郡・市
	サテライト型住居に供する建物形態		
	①住居区分：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居室の最小床面積 m ²		
	本体住居の名称		
	本体住居との距離 km		
	利用者が本体住居への連絡に使用する通信機器		
主たる対象者 身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 精神障害者 ・ 難病等対象者			
利用料			
その他の費用			
サテライト型住居②	フリガナ		
	名 称		
	所在地	(郵便番号	—)
		県	郡・市
	サテライト型住居に供する建物形態		
	①住居区分：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居室の最小床面積 m ²		
	本体住居の名称		
	本体住居との距離 km		
	利用者が本体住居への連絡に使用する通信機器		
主たる対象者 身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 精神障害者 ・ 難病等対象者			
利用料			
その他の費用			
サテライト型住居③	フリガナ		
	名 称		
	所在地	(郵便番号	—)
		県	郡・市
	サテライト型住居に供する建物形態		
	①住居区分：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居室の最小床面積 m ²		
	本体住居の名称		
	本体住居との距離 km		
	利用者が本体住居への連絡に使用する通信機器		
主たる対象者 身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 精神障害者 ・ 難病等対象者			
利用料			
その他の費用			

付表7 (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	フリガナ												FAX番号	
	氏名			住所	(郵便番号 -) ----- 県 ----- 郡・市 -----									
昼間実施サービスの定員(人)														
合計		介護給付対象者			訓練等給付対象者			特定旧法受給者			定員緩和措置の有無			有・無
施設入所支援の定員(人)								他の社会福祉施設との併設の有無			有・無			
併設施設の定員(人)					併設施設の種別									
従業者の職種・員数(人)		サービス管理責任者		医師		看護職員		保健師		看護師		准看護師		
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	
従業者数		常勤(人)												
		非常勤(人)												
常勤換算後の人数(人)														
従業者数		理学療法士等		生活支援員		合計		通所		訪問				
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従
常勤(人)														
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					
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		知的障害者		精神障害者		難病等対象者				
				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		第三者評価の実施状況		している		していない								
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者								
協力医療機関		名称				主な診療科名								
協力歯科医療機関		名称												
添付書類														
別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、建物の構造概要及び平面図、経歴書、運営規程、入所者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの)														

(備考)

- 「受付番号」欄には、記載しないでください。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 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。
- 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。
- 「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。
- 「従業者の職種・員数」欄には、職種ごとに、昼間実施サービスの従事者(付表7その3のI及びII欄に記載した職員)の合計数を記載してください。
- 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。

付表7 (その2) 昼間実施サービス及び施設入所支援に係る記載事項

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

(備考)

- 1 「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。
- 4 新設の場合には、「前年度の平均実利用者数」欄は推定数を記入してください。
- 5 既存の障害者施設からの移行の場合で、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。
- 6 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
- 7 「通常の事業の実施地域」については、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は適宜地図を添付してください。

付表7 (その3) 従業員の職種・員数に係る記載事項

____ 枚中 ____ 枚目

受付番号 _____

施設名		施設障害福祉サービスの種類													
		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		看護職員										
		専従 ※兼務	専従 ※兼務	合計	保健師	看護師	准看護師	専従 ※兼務	専従 ※兼務	専従 ※兼務	専従 ※兼務	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		理学療法士等									
			専従 ※兼務	専従 ※兼務	合計	理学療法士	作業療法士	機能訓練指導員	生活支援員	その他の従業者	専従 ※兼務	専従 ※兼務	専従 ※兼務	専従 ※兼務	
		従業者数	常勤（人）												
			非常勤（人）												
常勤換算後の人数（人）															
基準上の必要人数（人）															
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	合計	通所	訪問	専従 ※兼務	専従 ※兼務	専従 ※兼務	専従 ※兼務	専従 ※兼務	専従 ※兼務		
		従業者数	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)

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

平成三十年十二月十九日

大分県報号外(規則)

付表 8-1 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12を併せて提出してください。
 ※2 従たる事業所のある場合は、付表8-2を併せて提出してください。

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											
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等													
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		難病等対象者							
利用定員		人											
基準上の必要定員		人											
利用料													
その他の費用													
通常の事業の実施地域													
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している ・ していない									
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者							
		その他											
協力医療機関		名称				主な診療科名							
多機能型実施の有無		有 ・ 無											
一体的に管理運営するその他の事業所													
添付書類		別添のとおり（登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの）											

(備考)

- 「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。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 「看護職員」とは保健師、看護師、准看護師のことを言います。
- 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
- 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 「その他の費用」欄には、入所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 8-2 一体的に実施する従たる事業所の指定に係る記載事項

※多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表 1 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 -----											
連絡先	電話番号							FAX番号					
	実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めている条例等 第 条 第 項 第 号												
訪問事業の実施の有無		有 ・ 無											
サービス管理責任者	フリガナ					住所		(郵便番号 -)					
	氏名												
従業者の職種・員数		サービス管理責任者		看護職員		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員			
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
従業者数	常勤 (人)												
	非常勤 (人)												
常勤換算後の人数 (人)													
基準上の必要人数 (人)													
従業者数		生活支援員		訪問支援員		その他の従業者							
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務						
従業者数	常勤 (人)												
	非常勤 (人)												
常勤換算後の人数 (人)													
基準上の必要人数 (人)													
前年度の平均利用者数 (人)													
主な揭示事項													
営 業 日													
営 業 時 間													
主たる対象者		特定無し		身体障害者									
				細分無し		肢体不自由		視覚障害		聴覚・言語		内部障害	
		知的障害者		精神障害者		難病等対象者							
利用定員		人											
基準上の必要定員		人											
利 用 料													
そ の 他 の 費 用													
通常の事業の実施地域													
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している ・ していない									
		苦情解決の措置概要		窓口 (連絡先)		担当者							
		そ の 他											
協力医療機関		名 称				主な診療科名							
多機能型実施の有無		有 ・ 無											
一体的に管理運営するその他の事業所													
添 付 書 類		別添のとおり (登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの)											

(備考)

- 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 3 「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9-1 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12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	(郵便番号 -)										
	氏名	住所 県 郡・市										
サービス管理責任者	当該自立訓練事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）											
	他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合記入）	事業所等の名称 兼務する職種及び勤務時間等										
	実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めている条例等 第 条 第 項 第 号											
訪問事業の実施の有無			有 ・ 無		宿泊型事業の実施の有無			有 ・ 無				
サービス管理責任者	フリガナ											
	氏名	住所 (郵便番号 -)										
従業員	従業員の職種・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
	従業員数	常勤(人)										
		非常勤(人)										
	常勤換算後の人数(人)											
基準上の必要人数(人)												
前年度の平均利用者数(人)												
居室（宿泊型実施の場合）		1室の最大定員					人					
		入所者1人あたりの最小床面積					m ²					
主な掲示事項												
営業日												
営業時間												
主たる対象者		特定無し		身体障害者								
				細分無し	肢体不自由	視覚障害	聴覚・言語	内部障害				
		知的障害者		精神障害者		難病等対象者						
利用定員		人										
基準上の必要定員		人										
利用料												
その他の費用												
通常の事業の実施地域												
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している ・ していない								
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者						
		その他										
協力医療機関		名称				主な診療科名						
多機能型実施の有無		有 ・ 無										
一体的に管理運営するその他の事業所												
添付書類		別添のとおり（登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの）										

(備考)

- 「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。
- 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表に記載した書類を添付してください。
- 「看護職員」とは保健師、看護師、准看護師のことを言います。
- 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
- 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
- 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。
 なお、一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付してください。

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 1 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									
連絡先	電話番号								FAX番号		
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めている条例等											第 条第 項第 号
訪問事業の実施の有無				有 ・ 無		宿泊型事業の実施の有無				有 ・ 無	
サービス管理責任者	フリガナ					住所	(郵便番号 -)				
	氏名										
従業者の職種・員数		サービス管理責任者		生活支援員		看護職員		訪問支援員		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				㎡		㎡			
主な掲示事項											
営業日											
営業時間											
主たる対象者		特定無し		身体障害者							
		細分無し		肢体不自由		視覚障害		聴覚・言語		内部障害	
		知的障害者		精神障害者		難病等対象者					
利用定員		人									
基準上の必要定員		人									
利用料											
その他の費用											
通常の事業の実施地域											
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している ・ していない							
		苦情解決の措置概要		窓口 (連絡先)		担当者					
		その他									
協力医療機関		名称						主な診療科名			
多機能型実施の有無		有 ・ 無									
一体的に管理運営するその他の事業所											
添付書類		別添のとおり (登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの)									

(備考)

- 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 3 「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 10-1 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12を併せて提出してください。
 ※2 従たる事業所のある場合は、付表10-2を併せて提出してください。

(一般型
資格取得型)

受付番号

施設	フリガナ 名称								
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡・市							
	連絡先	電話番号				FAX番号			
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -) 県 郡・市				
	氏名								
	他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)		事業所等の名称		兼務する職種及び勤務時間等				
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めている条例等 第 条 第 項 第 号									
サービス 管理責任者	フリガナ				住所	(郵便番号 -) 県 郡・市			
	氏名								
従業者の職種・員数		管理者		サービス管理責任者		職業指導員		生活支援員	
		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務	
従業者数		常勤(人)							
		非常勤(人)							
常勤換算後の人数(人)									
基準上の必要人数(人)									
		就労支援員		その他の従業者					
		専従 ※兼務		専従 ※兼務					
従業者数		常勤(人)							
		非常勤(人)							
常勤換算後の人数(人)									
基準上の必要人数(人)									
前年度の平均利用者数(人)									
主な揭示事項		利用定員		人		基準上の必要定員		人	
主たる対象者		特定無し		細分無し		肢体不自由		身体障害者 視覚障害 聴覚・言語 内部障害	
		知的障害者		精神障害者		難病等対象者			
利用料									
その他の費用									
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している ・ していない					
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者			
協力医療機関		名称				主な診療科名			
提携就労支援機関									
多機能型実施の有無						有 ・ 無			
一体的に管理運営するその他の事業所									
添付書類		別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、設備・備品一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの)							

- (備考)
- 「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。
 - 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別紙に記載した書類を添付してください。
 - 「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。
 - 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
 - 「※兼務」欄は、他の障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。
 - 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
 - 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
 - 「提携就労支援機関」欄には、就労支援ネットワーク名及びネットワーク内の就労支援機関名を記載してください。

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12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						
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めている条例等												第 条第 項第 号		
従業者の職種・員数		管 理 者		サービス管理責任者		職業指導員		生活支援員						
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務					
従業者数	常勤(人)													
	非常勤(人)													
常勤換算後の人数(人)														
基準上の必要人数(人)														
		就労支援員		その他の従業者										
		専従	※兼務	専従	※兼務									
従業者数	常勤(人)													
	非常勤(人)													
常勤換算後の人数(人)														
基準上の必要人数(人)														
前年度の平均利用者数(人)														
主な揭示事項														
利 用 定 員		人												
基 準 上 の 必 要 定 員		人												
主たる対象者		特定無し		身体障害者										
				細分無し	肢体不自由	視覚障害	聴覚・言語	内部障害						
				知的障害者	精神障害者	難病等対象者								
利 用 料														
そ の 他 の 費 用														
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している ・ していない										
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者								
		そ の 他												
協力医療機関		名 称				主な診療科名								
多機能型実施の有無		有		無										
一体的に管理運営するその他の事業所														
添 付 書 類		別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの)												

(備考)

- 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 3 「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。

平成三十年十二月十九日

大分県報号外(規則)

付表 11-1 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12を併せて提出してください。
 ※2 従たる事業所のある場合は、付表11-2を併せて提出してください。

(就労継続支援 (A型)
 就労継続支援 (B型))
 ※いずれかに○を付してください。

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		e-mail				
	フリガナ	住所		(郵便番号 -)					
	氏名	住所		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いる定款、寄附行為 (※) 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	住所		県 郡・市					
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	難病等対象者						
利用料									
その他の費用									
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	している ・ していない							
	苦情解決の措置概要	窓口 (連絡先)	担当者						
その他									
協力医療機関		名称			主な診療科名				
多機能型実施の有無		有 ・ 無							
一体的に管理運営するその他の事業所									
添付書類		別添のとおり (定款、寄附行為 (※) 及び登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの) 注「※定款、寄附行為」はA型のみ							

(備考)

- 1 「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 1 1 - 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 1 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									
連絡先	電話番号							FAX番号			
当該事業の実施について定めている定款、寄附行為(※)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)											
従業者数		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	難病等対象者							
利 用 料											
そ の 他 の 費 用											
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している ・ していない							
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者					
		その他									
協 力 医 療 機 関		名 称					主な診療科名				
多機能型実施の有無		有 ・ 無									
一体的に管理運営するその他の事業所											
添 付 書 類		別添のとおり(定款、寄附行為(※)及び登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの)注「※定款、寄附行為」はA型のみ									

(備考)

- 1 「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 (その1)

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)



※多機能型事業実施時は各付表とこの表を併せて提出してください。

受付番号

事業所	フリガナ 名称							
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡・市						
	連絡先	電話番号	FAX番号		e-mail			
(注) 多機能型による他の事業所については、下欄に記載すること。								
事業所2	フリガナ 名称							
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡・市						
	連絡先	電話番号	FAX番号		e-mail			
事業所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		e-mail			
事業所4	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		e-mail			
事業所5	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		e-mail			
管理者	フリガナ			住所		(郵便番号 -)		
	氏名							
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合記入)	事業所等の名称 兼務する職種 及び勤務時間等						
主たる対象とする障害の種類	無し	身体障害者		知的障害者	精神障害者	難病等対象者		
		細分無し	肢体不自由	視覚障害	聴覚・言語	内部障害		
生活介護を行う場合のみ		事業所が申告する障害支援区分の平均値						
前年度の平均 表利用者数(人)	サービス単位1	4未満	4以上5未満	5以上				
	サービス単位2							
	サービス単位3							
実施事業	生活介護	自立訓練 (機能訓練)	自立訓練 (生活訓練)	就労移行支援 (通常)	就労移行支援 (あはき)	就労継続支援 (A型)	就労継続支援 (B型)	
	サービス単位 有 無							
主たる事業所								
従たる事業所								
定員緩和措置の有無		有 ・ 無						
定員(人)	合計	生活介護	自立訓練 (機能訓練)	自立訓練 (生活訓練)	就労移行支援 (通常)	就労移行支援 (あはき)	就労継続支援 (A型)	就労継続支援 (B型)
合計								
主事業所								
その他の事業所								

平成三十年十二月十九日

大分県報号外(規則)



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

(備考)

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

受付番号

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡・市			
	連絡先	電話番号	FAX番号		
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業について定めている条例等の条文 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(有の場合、以下に記載)			有 ・ 無	
事業所の名称		兼務する職種			
事業の種類		勤務時間			
従業者の職種・員数(人)		地域移行支援・地域定着支援に従事する者			
		相談支援専門員		その他の者	
		専 従	兼 務	専 従 兼 務	
常勤(人)					
非常勤(人)					
常勤換算後の人数(人)					
他の事業所又は施設の従業者との兼務(有の場合、別紙に記載)			有 ・ 無		
常時の連絡体制の確保の具体的方法(地域定着支援のみ)					
主な 揭示 事項	営 業 日				
	営 業 時 間				
	主 たる 対 象 者	特定無し・身体障害者・知的障害者・精神障害者・障害児・難病等対象者			
	そ の 他 の 費 用				
通常の実業実施地域					
添 付 書 類	別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、事業所の平面図、運営規程、経歴書、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)				

(備考)

- 1 地域移行支援事業と地域定着支援事業の両方の指定を申請する場合についても、本様式1枚にまとめて提出してください。
- 2 「受付番号」欄は、記入しないでください。
- 3 「兼務」については、指定特定相談支援事業所、指定障害児相談支援事業所との兼務は除く。
- 4 「常時の連絡体制」については、営業時間以外の事業所の人員体制(宿直等)や利用者との連絡体制を含め、具体的に記載してください。
- 5 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
- 6 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。

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

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

平成三十年十二月十九日

大分県報号外(規則)

付表14

就労定着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 -)				

連絡先	電話番号			FAX番号		
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)	
	氏名					
	当該就労定着支援事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)					
	他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	事業所等の名称				
		兼務する職種及び勤務時間等		-----		
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めている条例等の条文				第 条 第 項 第 号		
前年度の平均利用者数(人)			人			
一体的に運営する事業所の前年度の平均利用者数(人)			人			
従業者の職種・員数		サービス管理責任者		就労定着支援員		
		専 従	兼 務	専 従	兼 務	
		従業者数		常勤(人)		
		非常勤(人)				
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・精神障害者・難病等対象者				
利用料						
その他の費用						
通常の事業実施地域						
その他参考となる事項		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)	担当者	
		その他				
添付書類		別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、運営規程、経歴書、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表)				

(備考)

- 1 「受付番号」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 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」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。
- 5 「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。
- 6 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付してください。
- 7 事業所指定を受ける一体的に運営する事業所の過去3年の一般就労の移行実績が分かる書類を添付してください。

受付番号

事業所	フリガナ					
	名 称					
	所在地	(郵便番号 -)				

連絡先	電話番号			FAX番号		
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)	
	氏名					
	当該自立生活援助事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)					
	他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	事業所等の名称				
兼務する職種及び勤務時間等		-----				
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めている条例等の条文					第 条 第 項 第 号	
前年度の平均利用者数(人)		人				
従業者の職種・員数		サービス管理責任者		地域生活支援員		
		専 従	兼 務	専 従	兼 務	
従業者数	常勤(人)					
	非常勤(人)					
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・精神障害者・難病等対象者				
利用料						
その他の費用						
通常の事業実施地域						
その他参考となる事項		苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)		担当者	
		その他				
添付書類		別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、運営規程、経歴書、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表)				

(備考)

- 1 「受付番号」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 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」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。
- 5 「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。
- 6 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付してください。

第四号様式の備考に次のように加える。

6 付表については、指定申請時に作成した付表を参考に作成し、添付すること。
 第四号様式の付表「一」から付表「十」までを指す。
 第五号様式中

<p>6 定款・寄附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。）</p>	<p>を</p>	<p>14 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</p> <p>15 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</p> <p>16 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</p> <p>17 当該申請に係る事業の開始予定年月日</p> <p>18 併設する施設がある場合の当該併設施設の概要</p> <p>19 同一敷地内にある入所施設及び病院の概要</p>
<p>6 定款等（※）及びその登記事項証明書又は条例等（当該指定に係る事業に関するものに限る。） 「※定款等」は就労継続支援A型事業所のみ</p>	<p>を</p>	<p>17 当該申請に係る事業の開始予定年月日</p> <p>18 併設する施設がある場合の当該併設施設の概要</p> <p>19 同一敷地内にある入所施設及び病院の概要</p>
<p>13 介護給付費等の請求に関する事項</p> <p>14 事業所の種別（併設型・空床型の別）</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>18 当該申請に係る事業の開始予定年月日</p> <p>19 併設する施設がある場合の当該併設施設の概要</p> <p>20 同一敷地内にある入所施設及び病院の概要</p>	<p>を</p>	<p>14 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</p> <p>15 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</p> <p>16 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</p> <p>17 当該申請に係る事業の開始予定年月日</p> <p>18 併設する施設がある場合の当該併設施設の概要</p> <p>19 同一敷地内にある入所施設及び病院の概要</p>
<p>13 事業所の種別（併設型・空床型の別）</p>	<p>を</p>	<p>13 事業所の種別（併設型・空床型の別）</p>

改める。

附 則

- （施行期日）
- 1 この規則は、公布の日から施行する。
 （経過措置）
 - 2 改正前の障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行細則に定める様式による用紙は、当分の間、所要の補正をして使用することができる。