

指定障害福祉サービス事業所に係る多機能型による
事業を実施する場合の記載事項(総括表) その1



※多機能型事業実施時は各付表とこの表を併せて提出してください

受付番号

事業所	フリガナ 名 称								
	所在地	(〒 -) 県 郡・市							
	連絡先	電話番号				ファックス番号			
	e-mail								
(注) 従たる事業所については、下欄に記載すること。									
事業所2	フリガナ 名 称								
	所在地	(〒 -) 県 郡・市							
	連絡先	電話番号				ファックス番号			
	e-mail								
事業所3	フリガナ 名 称								
	所在地	(〒 -) 県 郡・市							
	連絡先	電話番号				ファックス番号			
	e-mail								
事業所4	フリガナ 名 称								
	所在地	(〒 -) 県 郡・市							
	連絡先	電話番号				ファックス番号			
	e-mail								
事業所5	フリガナ 名 称								
	所在地	(〒 -) 県 郡・市							
	連絡先	電話番号				ファックス番号			
	e-mail								
管理者	フリガナ 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		職種	勤務時間	～		
					その他				
主たる対象者 (該当する項目 に○を付す)	身体障害者			知的障害者	精神障害者	難病等			
	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) (新設の場合推定数)	サービス単位1								
	サービス単位2								
	サービス単位3								
実施事業 (該当する項目に「○」を付す)	生活介護 サービス単位		自立訓練 (機能訓練)	自立訓練 (生活訓練)	就労移行支援 (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)	
	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									
主たる事業所									
その他の事業所									

【記載要領】

- 「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。
- 「主たる対象者」欄には、該当する欄に「○」を付してください。
- 「前年度平均入所者数」欄は新設の場合には、推定数を記入してください。
- 「定員緩和措置の有無」欄は、指定基準省令第0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。
- 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

7 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を付してください。



受付番号

従業者の職種・員数																	
			サービス管理責任者		医師		看護職員										
			合計		保健師		看護師		准看護師		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)																
			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)																

【記載要領】

- 1 「受付番号」「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 3 「※兼務」欄には、本体施設との兼務を行う職員について記載してください。

