

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	(〒 -) 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			住所	(〒 -) 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)				他の社会福祉施設との併設の有無				有 ・ 無							
併設施設の定員 (人)				併設施設の種別											
従業者の職種・員数 (人)		サービス管理責任者		医師		看護職員									
		合計		保健師		看護師		准看護師							
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務		
従業者数	常勤 (人)														
	非常勤 (人)														
常勤換算後の人数 (人)															
		理学療法士等						生活支援員							
		合計		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員		合計		通所		訪問	
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
従業者数	常勤 (人)														
	非常勤 (人)														
常勤換算後の人数 (人)															
		職業指導員				就労支援員		栄養士		その他の従業者					
		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		
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	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									
	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	電話番号		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	<input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> 建物の構造概要・平面図 <input type="checkbox"/> 居室面積一覧表 <input type="checkbox"/> 設備・備品一覧表 <input type="checkbox"/> 運営規程 <input type="checkbox"/> 管理者経歴書 <input type="checkbox"/> サービス管理責任者経歴書 <input type="checkbox"/> 苦情処理の概要 <input type="checkbox"/> 勤務体制・形態一覧表 <input type="checkbox"/> 財務諸表 <input type="checkbox"/> 協力医療機関等との契約書等 <input type="checkbox"/> 主たる対象者特定理由書 <input type="checkbox"/> 誓約書 <input type="checkbox"/> 資格証等 (写) <input type="checkbox"/> 実務経歴証明書等 <input type="checkbox"/> その他 ()														

【記載要領】

- 「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、指定基準省令第〇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。
- 「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。
- 「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 屋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											
屋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										
	有	無									
	実施する事業										
前年度の平均実利用者数 (人) (新設の場合は推定 数)											
屋間多機能の実施		有	無	屋間の総定員数(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) (新設の場合は推定数)	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) (新設の場合は推定数)	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	㎡		㎡							
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(指定基準省令附則適用を受ける場合)											
既存施設名											
施設種別											
経過措置		有	無	※指定基準省令附則適用を受ける場合は、「有」を○で囲む。							
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(○を付す)	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日	
	営業時間	平日	～		土曜	～		日曜・祝日	～		
		備考	サービス単位①	:	～	:	サービス単位②	:	～	:	
	利用料	<input type="checkbox"/> 市町村が定める額 <input type="checkbox"/> その他()									
	その他の費用(項目・金額も記入)										
	通常の事業の実施地域										
その他											

【記載要領】

- 「受付番号」「基準上の必要値」欄には、記載しないでください。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 「屋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。
- 「前年度の平均利用者数」欄は新設の場合、推定数を記入してください。
- 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。
- 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
- 「通常の事業の実施地域」については、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は適宜地図を添付してください。

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		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								
		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）																
		理学療法士等										生活支援員		その他の従業者		
		合計		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員		専従		※兼務		専従		※兼務
従業者数	常勤（人）															
	非常勤（人）															
常勤換算後の人数（人）																
基準上の必要人数（人）																
II 就労移行支援 就労継続支援		サービス管理責任者		職業指導員						就労支援員						
		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	専従	※兼務			
従業者数	常勤（人）															
	非常勤（人）															
常勤換算後の人数（人）																
基準上の必要人数（人）																
		生活支援員						その他の従業者		※ その他の従業者の職種・員数を記載してください。 ・ ・ ・						
		合計		通所		訪問		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				
		合計		専従		※兼務		専従		※兼務		専従		※兼務		
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務			
従業者数	常勤（人）															
	非常勤（人）															
常勤換算後の人数（人）																
基準上の必要人数（人）																

【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。
- 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。