

付表15 指定特定相談支援事業所及び指定障害児相談支援事業所の指定等に係る記載事項

サービス種別(申請するものに○)		特定相談支援		障害児相談支援				
事業所	フリガナ 名 称							
	所在地	(郵便番号 -)						
	電話番号							
	E-Mail							
管理者	フリガナ 氏 名		生年月日	年	月 日			
	住 所	(郵便番号 -)						
	当該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)	事業所等の名称						
		兼務する職種及び勤務時間等						
相談支援専門員	フリガナ 氏 名		生年月日	年	月 日			
			主任相談支援専門員に該当	有	無			
	住 所	(郵便番号 -)						
	フリガナ 氏 名		生年月日	年	月 日			
			主任相談支援専門員に該当	有	無			
相談支援員	フリガナ 氏 名		生年月日	年	月 日			
			保有資格	社会福祉士	精神保健福祉士			
	住 所	(郵便番号 -)						
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等 第 条 第 項 第 号								
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項								
営業日(該当する日に○)	日	月	火	水	木	金	土	祝
	その他(年末年始等)							
営業時間	平日	:		~		:		
	土曜	:		~		:		
	日・祝	:		~		:		
通常の事業の実施地域								

○一体的に実施する従たる事業所の指定等に係る記載事項

事業所	フリガナ							
	名 称							
	所在地	(郵便番号 -)						
	電話番号							
	E-Mail							
管理者	フリガナ			生年月日	年 月 日			
	氏 名							
	住 所	(郵便番号 -)						
	当該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)	事業所等の名称						
兼務する職種及び勤務時間等								
相談支援専門員	フリガナ			生年月日	年 月 日			
	氏 名			主任相談支援専門員に該当	有		無	
	住 所	(郵便番号 -)						
	フリガナ			生年月日	年 月 日			
	氏 名			主任相談支援専門員に該当	有		無	
相談支援員	住 所	(郵便番号 -)						
	フリガナ			生年月日	年 月 日			
	氏 名			保有資格	社会福祉士		精神保健福祉士	
住 所	(郵便番号 -)							
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等				第 条 第 項 第 号				
営業日(該当する日に○)	日	月	火	水	木	金	土	祝
	その他(年末年始等)							
営業時間	平日	:			~			:
	土曜	:			~			:
	日・祝	:			~			:
通常の事業の実施地域								

(備考)

- 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。
- 「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も記載してください。

記入欄不足時の資料

■相談支援専門員及び相談支援員

相談支援専門員	フリガナ 氏 名		生年月日	年	月	日
			主任相談支援専門員に該当	有	無	
	住 所	(郵便番号 -)				
	フリガナ 氏 名		生年月日	年	月	日
			主任相談支援専門員に該当	有	無	
	住 所	(郵便番号 -)				
相談支援員	フリガナ 氏 名		生年月日	年	月	日
			保有資格	社会福祉士	精神保健福祉士	
	住 所	(郵便番号 -)				
	フリガナ 氏 名		生年月日	年	月	日
			保有資格	社会福祉士	精神保健福祉士	
	住 所	(郵便番号 -)				

付表16 児童発達支援事業所及び放課後等デイサービス事業所の指定等に係る記載事項

サービス種別(申請する種別に○)		児童発達支援		放課後等デイサービス				
児童発達支援センターに該当するか (該当する場合は、○)								
事業所	フリガナ 名 称							
	所在地	(郵便番号 -)						
	電話番号							
	E-Mail							
管理者	フリガナ 氏 名	生年月日	年 月 日					
	住 所	(郵便番号 -)						
	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						
児童発達支援 管理責任者	フリガナ 氏 名	生年月日	年 月 日					
	住 所	(郵便番号 -)						
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等				第 条 第 項 第 号				
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項								
利用定員(人)								
利用者の推定数(人)								
営業日(該当する日に○)	日	月	火	水	木	金	土	祝
	その他(年末年始等)							
営業時間	平日	:	~		:			
	土曜	:	~		:			
	日・祝	:	~		:			
送迎の有無	有		無					
利用料								
その他の費用								
通常の事業の実施地域								
協力医療機関	名称			主な診療科名				

○一体的に実施する従たる事業所の指定等に係る記載事項									
事業所	フリガナ 名 称								
	所在地	(郵便番号 -)							
	電話番号								
	E-Mail								
管理者	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日				
	住 所	(郵便番号 -)							
	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							
児童発達支援 管理責任者	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日				
	住 所	(郵便番号 -)							
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等				第 条 第 項 第 号					
利用定員(人)									
利用者の推定数(人)									
営業日(該当する日に○)	日	月	火	水	木	金	土	祝	
	その他(年末年始等)								
営業時間	平日	: ~ :							
	土曜	: ~ :							
	日・祝	: ~ :							
送迎の有無	有		無						
利用料									
その他の費用									
通常の事業の実施地域									
協力医療機関	名称				主な診療科名				

(備考)

1. 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。
2. 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。
3. 「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も記載してください。

記入欄不足時の資料

■児童発達支援管理責任者

児童発達支援管理責任者	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号 -)		

■協力医療機関

協力医療機関	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	

付表17 居宅訪問型児童発達支援事業所の指定等に係る記載事項

事業所	フリガナ 名 称							
	所在地	(郵便番号 -)						
	電話番号							
	E-Mail							
管理者	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日			
	住 所	(郵便番号 -)						
	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						
児童発達支援 管理責任者	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日			
	住 所	(郵便番号 -)						
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等 第 条 第 項 第 号								
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項								
専用の区画の有無	有		無					
営業日(該当する日に○)	日	月	火	水	木	金	土	祝
	その他(年末年始等)							
営業時間	平日	:		~		:		
	土曜	:		~		:		
	日・祝	:		~		:		
利用料								
その他の費用								
通常の事業の実施地域								
協力医療機関	名称				主な診療科名			

(備考)

1. 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。
2. 「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も記載してください。

記入欄不足時の資料

■児童発達支援管理責任者

児童発達支援管理責任者	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号 -) 		
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号 -) 		
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号 -) 		
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号 -) 		
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号 -) 		

付表18 保育所等訪問支援事業所の指定等に係る記載事項

事業所	フリガナ 名 称							
	所在地	(郵便番号 -)						
	電話番号							
	E-Mail							
管理者	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日				
	住 所	(郵便番号 -)						
	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						
児童発達 支援 責任者	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日				
	住 所	(郵便番号 -)						
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等		第 条 第 項 第 号						
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項								
営業日(該当する 日に○)	日	月	火	水	木	金	土	祝
	その他(年末年始等)							
営業時間	平日	: ~ :						
	土曜	: ~ :						
	日・祝	: ~ :						
利用料								
その他の費用								
通常の事業の実施 地域								

(備考)

1. 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。
2. 「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も記載してください。

記入欄不足時の資料

■児童発達支援管理責任者

[illegible]