

別紙1

(その1) 児童発達支援事業所（児童発達支援センターであるものを除く。）の指定に係る審査事項

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				(郵便番号 - )				
	氏名	住所							
	生年月日	年	月	日					
	当該事業所の他の職務又は同一敷地内の他の事業所若しくは施設等の従業者との兼務		事業所等の名称						
		兼務する職務及び勤務時間等							
実施主体が地方公共団体である場合は、当該支援の実施について定めてある条例等									
併設する施設等		名称							
		概要							
児童発達支援管理責任者	フリガナ				(郵便番号 - )				
	氏名	住所							
	生年月日	年	月	日					
従業者の職種及び員数		児童指導員		保育士		児童発達支援管理責任者		機能訓練担当職員	
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)								
※基準上の必要人数(人)									
※適合の可否									
		障害福祉サービス経験者		嘱託医		看護職員		理学療法士又は作業療法士	
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)								
※基準上の必要人数(人)									
※適合の可否									
		言語聴覚士		その他の従業者					
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)								
※基準上の必要人数(人)									
※適合の可否									
設備		指導訓練室			□有 □無				
利用者の推定数(人)									
主たる対象とする障害の種類									
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 時 分～ 時 分 ② 時 分～ 時 分)							
	利用定員	(全体の定員) 人 (単位ごとの定員) (① 人、② 人)							
	利用料								
	その他の費用								
	実施サービス	送迎サービス	□有 □無						
	通常の事業の実施地域								
	従業者の勤務の体制								
	その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	□実施している □実施していない						
		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								
一体的に管理運営される従たる事業所の有無	□有 □無								

- 注1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。
- 2 ※印の欄は、記入しないこと。
  - 3 □のある欄は、該当する□の中にレ印を付すること。
  - 4 「主な揭示事項」の欄は、その内容を簡潔に記入すること。
  - 5 「その他の費用」の欄は、保護者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容及びその費用について記入すること。
  - 6 「通常の事業の実施地域」の欄は、市町名を記入することとし、当該市町の区域の全部又は一部の別を記入すること。  
なお、当該市町の区域の一部が実施地域である場合は、適宜地図を添付すること。
  - 7 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか又は別葉に記載して添付すること。
  - 8 多機能型事業を実施する場合は、別紙1及び別紙3から別紙5までのうち一体的に行う他の事業の審査事項に係るもの並びに別紙6を併せて提出すること。
  - 9 従たる事業所がある場合は、別紙2（その2）を併せて提出すること。
  - 10 次に掲げる書類を添付すること。
    - (1) 申請者の登記事項証明書又は条例等
    - (2) 事業所の各室の用途を明示した平面図及び設備の概要を記載した書類
    - (3) 事業所の管理者及び児童発達支援管理責任者の経歴を記載した書類
    - (4) 運営規程
    - (5) 障害児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を記載した書類
    - (6) 当該申請に係る事業に係る従業員の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類
    - (7) 協力医療機関との契約の内容を記載した書類
    - (8) 主たる対象とする障害を特定する場合にあつては、その理由を記載した書類
    - (9) 児童福祉法（昭和22年法律第164号）第21条の5の15第3項各号に該当しないことを誓約する書面

別紙1

(その2) 一体的に管理運営を行う従たる事業所の審査事項

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											
従業者の職種及び員数	児童指導員		保育士		児童発達支援管理責任者		機能訓練担当職員											
	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)																
	※基準上の必要人数(人)																	
	※適合の可否																	
	障害福祉サービス経験者		嘱託医		看護職員		理学療法士又は作業療法士											
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	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)																	
	※適合の可否																	
	言語聴覚士		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)																
※基準上の必要人数(人)																		
※適合の可否																		
設	備	指	導	訓	練	室	□有 □無											
利	用	者	の	推	定	数(人)												
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 時 分～ 時 分 ② 時 分～ 時 分)													
	利	用	定	員	(全体の定員) 人 (単位ごとの定員) (① 人、② 人)													
	利	用	料															
	そ	の	他	の	費	用												
	実	施	サ	ー	ビ	ス		送	迎	サ	ー	ビ	ス	□有 □無				
	通	常	の	事	業	の						実	施	地	域			
	従	業	者	の	勤	務	の					体	制					
	そ	の	他	参	考	と	な		る	事	項							
						第	三	者	評	価	の	実	施	状	況	□実施している □実施していない		
					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		

注1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。

2 ※印の欄は、記入しないこと。

3 □のある欄は、該当する□の中にレ印を付すること。

4 「主な掲示事項」の欄は、その内容を簡潔に記入すること。

5 「その他の費用」の欄は、保護者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容及びその費用について記入すること。

6 「通常の事業の実施地域」の欄は、市町名を記入することとし、当該市町の区域の全部又は一部の別を記入すること。

なお、当該市町の区域の一部が実施地域である場合は、適宜地図を添付すること。

7 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか又は別葉に記載して添付すること。

別紙2 医療型児童発達支援事業所の指定に係る審査事項

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				(郵便番号 - )				
	氏 名	住 所							
	生年月日	年	月	日					
	当該事業所の他の職務又は同一敷地内の他の事業所若しくは施設等の従業者との兼務	事業所等の名称			兼務する職務及び勤務時間等				
実施主体が地方公共団体である場合は、当該支援の実施について定めてある条例等							第 条第 項第 号		
併設する施設	名 称								
	概 要								
児童発達支援管理責任者	フリガナ				(郵便番号 - )				
	氏 名	住 所							
	生年月日	年	月	日					
従業者の職種及び員数		医 師		看護職員		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)								
※基準上の必要人数 (人)									
※適合の可否									
		理学療法士又は作業療法士		児童発達支援管理責任者		機能訓練担当職員		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)								
※基準上の必要人数 (人)									
※適合の可否									
		調理員							
		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)								
※基準上の必要人数 (人)									
※適合の可否									
設備上の配慮点									
設備部分等	<input type="checkbox"/> 指導訓練室 <input type="checkbox"/> 屋外訓練場 <input type="checkbox"/> 相談室 <input type="checkbox"/> 調理室 <input type="checkbox"/> 浴室及び便所の手すり等身体の機能の不自由を助ける設備								
利用者の推定数 (人)									
主な揭示事項	営 業 日								
	営 業 時 間	サービス提供時間 (送迎時間を除く。)							
	利 用 定 員	人							
	利 用 料								
	そ の 他 の 費 用								
	通常の事業の実施地域								
	従業者の勤務の体制								
	その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	<input type="checkbox"/> 実施している			<input type="checkbox"/> 実施していない			
	苦情解決の措置概要	窓口 (連絡先)			担当者				
	そ の 他								
地域の障害児への援助の実施	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(援助の内容)							
多機能型実施の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無								

- 注1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。
- 2 「併設する施設」の「概要」の欄は、施設の目的及び提供するサービスの内容等を記入すること。
  - 3 ※印の欄は、記入しないこと。
  - 4 □のある欄は、該当する□の中にレ印を付すること。
  - 5 「主な掲示事項」の欄は、その内容を簡潔に記入すること。
  - 6 「その他の費用」の欄は、保護者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容及びその費用について記入すること。
  - 7 「通常の事業の実施地域」の欄は、市町名を記入することとし、当該市町の区域の全部又は一部の別を記入すること。  
なお、一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付すること。
  - 8 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか又は別葉に記載して添付すること。
  - 9 多機能型事業を実施する場合は、別紙1、別紙2及び別紙4から別紙5までのうち一体的に行う他の事業の審査事項に係るもの並びに別紙6を併せて提出すること。
  - 10 次に掲げる書類を添付すること。
    - (1) 申請者の登記事項証明書又は条例等
    - (2) 医療法（昭和23年法律第205号）第7条の許可を受けたことを証する書類
    - (3) 建物の構造概要及び各室の用途を明示した平面図並びに設備の概要を記載した書類
    - (4) 事業所の管理者及び児童発達支援管理責任者の経歴を記載した書類
    - (5) 運営規程
    - (6) 障害児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を記載した書類
    - (7) 当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類
    - (8) 児童福祉法（昭和22年法律第164号）第21条の5の15第3項各号（第7号を除く。）に該当しないことを誓約する書面

別紙3

(その1) 放課後等デイサービス事業所の指定に係る審査事項

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									
	生年月日	年	月		日					
	当該事業所の他の職務又は同一敷地内の他の事業所若しくは施設等の従業者との兼務		事業所等の名称		兼務する職務及び勤務時間等					
実施主体が地方公共団体である場合は、当該支援の実施について定めてある条例等								第 条第 項第 号		
児童発達支援管理責任者	フリガナ			住所	(郵便番号 - )					
	氏名									
	生年月日	年	月		日					
従業者の職種及び員数		児童指導員		保育士		児童発達支援管理責任者		機能訓練担当職員		
		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)									
※基準上の必要人数(人)										
※適合の可否										
		障害福祉サービス経験者		嘱託医		看護職員		理学療法士又は作業療法士		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
従業者数	常勤(人)									
	非常勤(人)									
※基準上の必要人数(人)										
※適合の可否										
		言語聴覚士		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)									
※基準上の必要人数(人)										
※適合の可否										
設	備		指導訓練室		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
利用者の推定数(人)										
主たる対象とする障害の種類										
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 時 分~ 時 分 ② 時 分~ 時 分)								
	利用定員	(全体の定員) 人 (単位ごとの定員) (① 人、② 人)								
	利用料									
	その他の費用									
	実施サービス	送迎サービス	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
	通常の事業の実施地域									
	従業者の勤務の体制									
	その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	<input type="checkbox"/> 実施している			<input type="checkbox"/> 実施していない				
		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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無									
一体的に管理運営される従たる事業所の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無									

- 注1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。
- 2 ※印の欄は、記入しないこと。
  - 3 □のある欄は、該当する□の中にレ印を付すること。
  - 4 「主な揭示事項」の欄は、その内容を簡潔に記入すること。
  - 5 「その他の費用」の欄は、保護者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容及びその費用について記入すること。
  - 6 「通常の事業の実施地域」の欄は、市町名を記入することとし、当該市町の区域の全部又は一部の別を記入すること。  
なお、当該市町の区域の一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付すること。
  - 7 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか又は別葉に記載して添付すること。
  - 8 多機能型事業を実施する場合は、別紙1から別紙3まで及び別紙4の2及び別紙5までのうち一体的に行う他の事業の審査事項に係るもの並びに別紙6を併せて提出すること。
  - 9 従たる事業所がある場合は、別紙4（その2）を併せて提出すること。
  - 10 次に掲げる書類を添付すること。
    - (1) 申請者の登記事項証明書又は条例等
    - (2) 事業所の各室の用途を明示した平面図及び設備の概要を記載した書類
    - (3) 事業所の管理者及び児童発達支援管理責任者の経歴を記載した書類
    - (4) 運営規程
    - (5) 障害児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を記載した書類
    - (6) 当該申請に係る事業に係る従業員の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類
    - (7) 協力医療機関との契約の内容を記載した書類
    - (8) 主たる対象とする障害を特定する場合にあつては、その理由を記載した書類
    - (9) 児童福祉法（昭和22年法律第164号）第21条の5の15第3項各号に該当しないことを誓約する書面

別紙3

(その2) 一体的に管理運営を行う従たる事業所の審査事項

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				
従業者の職種及び員数	児童指導員		保育士		児童発達支援管理責任者		機能訓練担当職員				
	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)									
	※基準上の必要人数(人)										
	※適合の可否										
			障害福祉サービス経験者		嘱託医		看護職員		理学療法士又は作業療法士		
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	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)										
	※適合の可否										
			言語聴覚士		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)										
※基準上の必要人数(人)											
※適合の可否											
設	備	指導訓練室				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
利	用	者の推定数(人)									
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 時 分～ 時 分 ② 時 分～ 時 分)								
	利	用	定 員 (全体の定員) 人 (単位ごとの定員) (① 人、② 人)								
	利	用	料								
	そ の 他 の 費 用										
	実	施	サ	ー	ビ	ス	送迎サービス <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	通 常 の 事 業 の 実 施 地 域										
	従 業 者 の 勤 務 の 体 制										
	そ の 他 参 考 と な る 事 項	第三者評価の実施状況		<input type="checkbox"/> 実施している <input type="checkbox"/> 実施していない							
		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			

注1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。

2 ※印の欄は、記入しないこと。

3 のある欄は、該当するの中にレ印を付すること。

4 「主な掲示事項」の欄は、その内容を簡潔に記入すること。

5 「その他の費用」の欄は、保護者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容及びその費用について記入すること。

6 「通常の事業の実施地域」の欄は、市町名を記入することとし、当該市町の区域の全部又は一部の別を記入すること。

なお、当該市町の区域の一部が実施地域である場合は、適宜地図を添付すること。

7 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか又は別業に記載して添付すること。

別紙4 居宅訪問型児童発達支援事業所の指定に係る審査事項

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							
	生年月日	年	月	日				
	当該事業所の他の職務又は同一敷地内の他の事業所若しくは施設等の従業者との兼務	事業所等の名称						
兼務する職務及び勤務時間等								
実施主体が地方公共団体である場合は、当該支援の実施について定めてある条例等								第 条第 項第 号
児童発達支援管理責任者	フリガナ				住所	(郵便番号 - )		
	氏名							
	生年月日	年	月	日				
従業者の職種及び員数		訪問支援員		児童発達支援管理責任者				
		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)								
※適合の可否								
設	備	専用の区画			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
主な 掲 示 事 項	営業日							
	営業時間	サービス提供時間						
	利用料							
	その他の費用							
	通常の事業の実施地域							
	従業者の勤務の体制							
	その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	<input type="checkbox"/> 実施している			<input type="checkbox"/> 実施していない		
		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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							

注1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。

2 ※印の欄は、記入しないこと。

3 □のある欄は、該当する□の中にレ印を付すること。

4 「主な掲示事項」の欄は、その内容を簡潔に記入すること。

5 「その他の費用」の欄は、保護者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容及びその費用について記入すること。

6 「通常の事業の実施地域」の欄は、市町名を記入することとし、当該市町の区域の全部又は一部の別を記入すること。なお、当該市町の区域の一部が実施地域である場合は、適宜地図を添付すること。

7 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか又は別葉に記載して添付すること。

8 多機能型事業を実施する場合は、別紙1から別紙4まで及び別紙5のうち一体的に行う他の事業の審査事項に係るもの及び別紙6を併せて提出すること。

9 次に掲げる書類を添付すること。

(1) 申請者の登記事項証明書又は条例等

(2) 事業所の各室の用途を明示した平面図及び設備の概要を記載した書類

(3) 事業所の管理者及び児童発達支援管理責任者の経歴を記載した書類

(4) 運営規程

(5) 障害児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を記載した書類

(6) 当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類

(7) 児童福祉法(昭和22年法律第164号)第21条の5の15第3項各号に該当しないことを誓約する書面

別紙5 保育所等訪問支援事業所の指定に係る審査事項

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								
	生年月日	年	月	日					
	当該事業所の他の職務又は同一敷地内の他の事業所若しくは施設等の従業者との兼務		事業所等の名称			兼務する職務及び勤務時間等			
実施主体が地方公共団体である場合は、当該支援の実施について定めてある条例等						第	条第	項第	号
児童発達支援管理責任者	フリガナ				住所	(郵便番号 - )			
	氏 名								
	生年月日	年	月	日					
従業者の職種及び員数		訪問支援員		児童発達支援管理責任者					
		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)									
※適合の可否									
設 備		専 用 の 区 画		□有 □無					
主な 掲 示 事 項	営 業 日								
	営 業 時 間	サービス提供時間							
	利 用 料								
	そ の 他 の 費 用								
	通常の実業の実施地域								
	従業者の勤務の体制								
	その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	□実施している □実施していない						
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							

注1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。

2 ※印の欄は、記入しないこと。

3 □のある欄は、該当する□の中にレ印を付すること。

4 「主な掲示事項」の欄は、その内容を簡潔に記入すること。

5 「その他の費用」の欄は、保護者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容及びその費用について記入すること。

6 「通常の実業の実施地域」の欄は、市町名を記入することとし、当該市町の区域の全部又は一部の別を記入すること。

なお、当該市町の区域の一部が実施地域である場合は、適宜地図を添付すること。

7 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか又は別業に記載して添付すること。

8 多機能型事業を実施する場合は、別紙1から別紙4の2までのうち一体的に行う他の事業の審査事項に係るもの及び別紙6を併せて提出すること。

9 次に掲げる書類を添付すること。

(1) 申請者の登記事項証明書又は条例等

(2) 事業所の各室の用途を明示した平面図及び設備の概要を記載した書類

(3) 事業所の管理者及び児童発達支援管理責任者の経歴を記載した書類

(4) 運営規程

(5) 障害児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を記載した書類

(6) 当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類

(7) 児童福祉法(昭和22年法律第164号)第21条の5の15第3項各号に該当しないことを誓約する書面



別紙6 障害児通所支援事業所に係る多機能型による事業を実施する場合の審査事項(総括表)

事業所	サービス種類						
	フリガナ						
	名 称						
	所在地	(郵便番号 - )					
	連絡先	電話番号			FAX番号		
(注) 多機能型による他の事業所(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(平成17年法律第123号)の障害福祉サービスを行う事業所を含む。)については、下欄に記載すること。							
事業所2	サービス種類						
	フリガナ						
	名 称						
	所在地	(郵便番号 - )					
	連絡先	電話番号			FAX番号		
事業所3	サービス種類						
	フリガナ						
	名 称						
	所在地	(郵便番号 - )					
	連絡先	電話番号			FAX番号		
事業所4	サービス種類						
	フリガナ						
	名 称						
	所在地	(郵便番号 - )					
	連絡先	電話番号			FAX番号		
事業所5	サービス種類						
	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			(郵便番号 - )			
	氏 名			住所			
	生年月日						
	当該事業所の他の職務又は同一敷地内の他の事業所若しくは施設等の従業者との兼務		事業所等の名称		兼務する職務及び勤務時間等		
実施事業	児童発達支援		医療型児童発達支援	放課後等デイサービス		居宅訪問型児童発達支援	保育所等訪問支援
	サービス単位			サービス単位			
	有 無		有 無				
主たる事業所							
従たる事業所							
定員(人)	合計	児童発達支援	医療型児童発達支援	課後等デイサービス	居宅訪問型児童発達支援	保育所等訪問支援	
合計							
主たる事業所							
従たる事業所							

従業者の職種及び員数													
		児童発達支援管理責任者		医師(嘱託医を含む。)		児童指導員		保育士		障害福祉サービス経験者		看護職員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
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)											
	※適合の可否												
主たる事業所	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)											
	※適合の可否												
従たる事業所	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)											
	※適合の可否												
		理学療法士又は作業療法士		言語聴覚士		機能訓練担当職員		訪問支援員		栄養士		調理員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
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)											
	※適合の可否												
主たる事業所	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)											
	※適合の可否												
従たる事業所	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)											
	※適合の可否												
		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
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)											
	※適合の可否												
主たる事業所	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)											
	※適合の可否												
従たる事業所	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)											
	※適合の可否												

注1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。

2 「実施事業」の欄は、実施するサービスについて、該当する欄に○を付すること。

3 ※印の欄は、記入しないこと。

4 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか又は別葉に記載して添付すること。

5 児童発達支援又は放課後等デイサービスに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様にサービス単位ごとの定員を記載すること。

6 別紙1から別紙5までのうち一体的に行う事業の審査事項に係るもの及びこの総括表を併せて提出すること。