

別紙 1

(その 1) 居宅介護事業者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			F A X 番号		
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 - )		
	氏 名						
	生 年 月 日	年	月		日		
	当該事業所で兼務する他の職務 (兼務の場合のみ記入すること。)						
	同一敷地内の他の事業所、 施設等の職務との兼務 (兼 務の場合のみ記入すること。)		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、当該事業の実施について定めてある条例等					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						
	生 年 月 日	年	月		日		
従業者の職種及び員数		居宅介護事業等従業者		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)					
※適合の可否							
営 業 日							
営 業 時 間							
事 業 内 容		<input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 身体介護 ( <input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> 通院介助 ) <input type="checkbox"/> 家事援助 ( <input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 通院介助 ) <input type="checkbox"/> 乗降介助 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 行動援護					
主な 掲 示 事 項	居宅介護		<input type="checkbox"/> 特定なし <input type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 障害児 <input type="checkbox"/> 精神障害者 <input type="checkbox"/> 難病患者等				
	重度訪問介護		<input type="checkbox"/> 特定なし <input type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 障害児 <input type="checkbox"/> 精神障害者 <input type="checkbox"/> 難病患者等				
	同行援護		<input type="checkbox"/> 特定なし <input type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 障害児 <input type="checkbox"/> 難病患者等				
	行動援護		<input type="checkbox"/> 特定なし <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 障害児 <input type="checkbox"/> 精神障害者 <input type="checkbox"/> 難病患者等				
利 用 料							
そ の 他 の 費 用							
通常の実業の実施地域							
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況	<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					

注 1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。

2 「従業者数」の欄は、出張所がある場合にあつては、出張所に勤務する職員も含めて記入し、別紙1 (その2)を添付すること。

3 ※印の欄は、記入しないこと。

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 「事業内容」の欄は、複数の種類のサービスを実施する場合にあっては、そのすべてのサービスにレ印を付し、この様式にまとめて提出すること。
- 6 □のある欄は、該当する□の中にレ印を付すること。
- 7 「その他の費用」の欄は、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容及びその費用について記入すること。
- 8 「通常の事業の実施地域」の欄は、市町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。
- 9 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。
- 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) 事業所の平面図
  - (3) 事業所の管理者及びサービス提供責任者の経歴を記載した書類
  - (4) 運営規程
  - (5) 利用者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) 指定障害福祉サービスの主たる対象者を特定する場合にあっては、その理由を記載した書類
  - (8) 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）第36条第3項各号に該当しないことを誓約する書面

(その2) 出張所用の審査事項

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
主な 掲 示 事 項	営業日			
	営業時間			
	事業内容	<input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 身体介護 ( <input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> 通院介助 ) <input type="checkbox"/> 家事援助 ( <input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 通院介助 ) <input type="checkbox"/> 乗降介助 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 行動援護		
	主たる対象者	居宅介護	<input type="checkbox"/> 特定なし <input type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 障害児 <input type="checkbox"/> 精神障害者 <input type="checkbox"/> 難病患者等	
		重度訪問介護	<input type="checkbox"/> 特定なし <input type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 障害児 <input type="checkbox"/> 精神障害者 <input type="checkbox"/> 難病患者等	
		同行援護	<input type="checkbox"/> 特定なし <input type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 障害児 <input type="checkbox"/> 難病患者等	
		行動援護	<input type="checkbox"/> 特定なし <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 障害児 <input type="checkbox"/> 精神障害者 <input type="checkbox"/> 難病患者等	
	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	<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			

- 注 1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。
- 2 「主な掲示事項」の欄は、その内容を簡潔に記入すること。
- 3 「事業内容」の欄は、複数の種類のサービスを実施する場合には、そのすべてのサービスにレ印を付し、この様式にまとめて提出すること。
- 4 のある欄は、該当するの中にレ印を付すること。
- 5 「その他の費用」の欄は、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、市町名を記載することとし、当該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 療養介護事業者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								
	当該事業所で兼務する他の職務 (兼務の場合のみ記入すること。)											
	他の事業所、施設等の職務との兼務 (兼務の場合のみ記入すること。)					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、当該事業の実施について定めてある条例等 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											
	生年月日	年	月	日								
従業者の職種及び員数		サービス管理責任者		医師		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	
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											
従業者の職種及び員数		看護補助者		生活支援員								
		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)									
	※適合の可否											
利用者の推定数又は前年度の平均値		(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	人										
	設置部分	多目的室(デイルーム)					<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 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		<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											

- 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 「利用者の推定数又は前年度の平均値」の欄は、更新申請の場合にあつては、前年度の平均利用者数を記入すること。
- 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 のある欄は、該当するの中にレ印を付すること。
- 6 「その他の費用」の欄は、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容及びその費用について記入すること。
- 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 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条の許可を受けた病院であることを証する書類
  - (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サービス管理責任者の経歴を記載した書類
  - (5) 運営規程
  - (6) 利用者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) 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)第36条第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) 生活介護事業者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 - )										
管理者	連絡先	電話番号					FAX番号					
	フリガナ			住所	(郵便番号 - )							
	氏名											
	生年月日	年	月	日								
	当該事業所で兼務する他の職務 (兼務の場合のみ記入すること。)											
他の事業所、施設等の職務との兼務 (兼務の場合のみ記入すること。)		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、当該事業の実施について定めてある条例等 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											
	生年月日	年	月	日								
従業者の職種及び員数	サービス管理責任者		医師		看護職員		理学療法士		作業療法士			
	専従		専従		専従		専従		専従			
	兼務		兼務		兼務		兼務		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)										
※適合の可否												
従業者の職種及び員数	機能訓練指導員		生活支援員									
	専従		専従		専従		専従		専従			
	兼務		兼務		兼務		兼務		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)										
※適合の可否												
利用者の推定数又は前年度の平均値	(人)	事業所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	<input type="checkbox"/> 特定なし		<input type="checkbox"/> 身体障害者								
				<input type="checkbox"/> 細分なし		<input type="checkbox"/> 肢体不自由		<input type="checkbox"/> 視覚障害		<input type="checkbox"/> 聴覚・言語		<input type="checkbox"/> 内部障害
		<input type="checkbox"/> 知的障害者		<input type="checkbox"/> 精神障害者		<input type="checkbox"/> 難病患者等						
	利用定員	人(単位ごとの定員)(① ② )										
	※基準上の必要定員	人										
	多機能型実施の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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		<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 「利用者の推定数又は前年度の平均値」の欄は、更新申請の場合にあつては、前年度の平均利用者数を記入すること。
- 4 「看護職員」とは、保健師、看護師及び准看護師のことをいう。
- 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 □のある欄は、該当する□の中にレ印を付すること。
- 7 「その他の費用」の欄は、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容及びその費用について記入すること。
- 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 従たる事業所のある場合は、別紙3（その2）を併せて提出すること。
- 10 多機能型事業を実施する場合は、各事業の審査事項と別紙12を併せて提出すること。
- 11 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サービス管理責任者の経歴を記載した書類
  - (4) 運営規程
  - (5) 利用者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) 協力医療機関との契約の内容を記載した書類
  - (8) 指定障害福祉サービスの主たる対象者を特定する場合にあつては、その理由を記載した書類
  - (9) 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）第36条第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						
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													
サービス管理責任者	フリガナ												
	氏名												
住所		(郵便番号 - )											
生年月日		年 月 日											
従業者の職種及び員数		サービス管理責任者		医師		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)											
※適合の可否													
従業者の職種及び員数		機能訓練指導員		生活支援員									
		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)											
※適合の可否													
利用者の推定数又は前年度の平均値 (人)		事業所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													
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 : ~ : )											
主な揭示事項	主たる対象者	□特定なし		□身体障害者									
				□細分なし		□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		□難病患者等							
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		□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							
その他の													
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 「看護職員」とは、保健師、看護師及び准看護師のことをいう。
- 3 ※印の欄は、記入しないこと。
- 4 「利用者の推定数又は前年度の平均値」の欄は、更新申請の場合にあつては、前年度の平均利用者数を記入すること。
- 5 「主な揭示事項」の欄は、その内容を簡潔に記入すること。
- 6 □のある欄は、該当する□の中にレ印を付すること。
- 7 「その他の費用」の欄は、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容及びその費用について記入すること。
- 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、各事業の審査事項と別紙12を併せて提出すること。

別紙4 短期入所事業者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													
	当該事業所で兼務する他の職務 (兼務の場合のみ記入すること。)																
	同一敷地内の他事業所、施設等の 職務との兼務(兼務の場合のみ記 入すること。)				事業所等の名称 勤務する職務及び 勤務時間等												
事業所の種別		<input type="checkbox"/> 空床型 <input type="checkbox"/> 併設型 <input type="checkbox"/> 単独型			併設型 の場合		利用定員数(人)					利用者の推定数(人)					
併設(本体)施設		名称															
施設種別等												併設(本体)施設の入所定員(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				平方メートル				
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							
従業者の職種及び員数		医師		看護職員								心理判定員		職能判定員			
				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
		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															
従業者の職種及び員数		計		理学療法士等				あん摩 マッサージ 指圧師		生活支援員		職業指導員					
				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	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)														
		※適合の可否															
従業者の職種及び員数		就労支援員		介護職員		児童指導員		保育士		精神保健福祉士							
														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		
		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															
主な 揭示 事項	主たる対象者 <input type="checkbox"/> 特定なし <input type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 障害児 <input type="checkbox"/> 精神障害者 <input type="checkbox"/> 難病患者等																
	利 用 料																
	そ の 他 の 費 用																
	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								
	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																	
協力医療機関		名称				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 「事業所の種別」の欄において、「併設型」とは、松山市指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例（平成24年松山市条例第60号。以下「基準条例」という。）第100条第1項に規定する併設事業所（以下「併設事業所」という。）として事業を行う場合をいい、「空床型」とは、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。以下「法」という。）第5条第8項に規定する施設であって、その全部又は一部が入所者に利用されていない居室を利用して指定短期入所の事業を行う場合をいう。
- 3 □のある欄は、該当する□の中にレ印を付すること。
- 4 「利用定員数」の欄は、併設事業所の定員を記入すること。
- 5 ※印の欄は、記入しないこと。
- 6 「主な掲示事項」の欄は、その内容を簡潔に記入すること。
- 7 「その他の費用」の欄は、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容及びその費用について記入すること。
- 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 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) 建物の構造概要及び各室の用途を明示した平面図（当該申請に係る事業を併設事業所において行う場合にあって基準条例第102条第2項に規定する併設本体施設の平面図を含む。）並びに設備の概要を記載した書類
  - (3) 事業所の管理者の経歴を記載した書類
  - (4) 運営規程
  - (5) 利用者等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) 協力医療機関との契約の内容を記載した書類
  - (9) 指定障害福祉サービスの主たる対象者を特定する場合は、その理由を記載した書類
  - (10) 法第36条第3項各号に該当しないことを誓約する書面

別紙 5

(その1) 重度障害者等包括支援事業者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		F A X 番号			
管理者	フリガナ					住所 (郵便番号 - )
	氏名					
	生年月日	年	月	日		
	当該事業所で兼務する他の職務 (兼務の場合のみ記入すること。)					
	同一敷地内の他の事業所、施設等の職務との兼務 (兼務の場合のみ記入すること。)		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、当該事業の実施について定めてある条例等						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					
	生年月日	年	月	日		
事業所の体制	提供する障害福祉サービスの種類	種類	事業所		事業所番号	
			名称	所在地		
	委託による提携事業所	種類	事業所		事業所番号	
			名称	所在地		
協力医療機関との協力体制等	名称	主な診療科名				
利用者からの連絡対応体制の概要	協力体制の概要					
主な揭示事項	主たる対象者	<input type="checkbox"/> 特定なし <input type="checkbox"/> Ⅰ類型 <input type="checkbox"/> Ⅱ類型 <input type="checkbox"/> 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	<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						

注1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。

- 2 □のある欄は、該当する□の中にレ印を付すること。
- 3 「提供する障害福祉サービスの種類」の欄は、重度障害者等包括支援以外に指定を受けているもの及び重度障害者等包括支援と同時に指定を受けようとするものについて記入すること。なお、重度障害者等包括支援と同時に指定を受けようとする場合は、事業所番号の記入を要しない。
- 4 「委託による提携事業所」の欄は、第三者に委託して障害福祉サービスを提供する場合にあっては、予定している事業所を記入すること。なお、委託を予定している事業所が指定事業所でない場合は、事業所番号の記入を要しない。
- 5 「主な揭示事項」の欄は、その内容を簡潔に記入すること。
- 6 「主たる対象者」の欄は、気管切開を伴う人工呼吸機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10点以上である者を対象とする場合は「Ⅲ類型」、特定しない場合は「特定なし」を選択すること。
- 7 「利用者数」の欄は、当該事業所においてサービス提供が可能な利用者数を記入すること。
- 8 「その他の費用」の欄は、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容及びその費用について記入すること。
- 9 「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。
- 10 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。
- 11 出張所又は従たる事業所のある場合は、別紙5(その2)を併せて提出すること。
- 12 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) 事業所の平面図
  - (3) 事業所の管理者及びサービス提供責任者の経歴を記載した書類
  - (4) 運営規程
  - (5) 利用者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) 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)第36条第3項各号に該当しないことを誓約する書面

## (その2) 出張所又は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		
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						
サービス提供責任者	フリガナ			住所	(郵便番号 - )	
	氏名					
	生年月日	年 月 日				
事業所の体制	提供する障害福祉サービスの種類	種類	事業所		事業所番号	
			名称	所在地		
	委託による提携事業所	種類	事業所		事業所番号	
			名称	所在地		
	協力医療機関との協力体制等	名称			主な診療科名	
利用者からの連絡対応体制の概要	協力体制の概要					
主な揭示事項	主たる対象者	<input type="checkbox"/> 特定なし <input type="checkbox"/> Ⅰ類型 <input type="checkbox"/> Ⅱ類型 <input type="checkbox"/> 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	<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					

注1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。

- 「提供する障害福祉サービスの種類」の欄は、重度障害者等包括支援以外に指定を受けているもの及び重度障害者等包括支援と同時に指定を受けようとするものについて記入すること。なお、重度障害者等包括支援と同時に指定を受けようとする場合は、事業所番号の記入を要しない。
- 「委託による提携事業所」の欄は、第三者に委託して障害福祉サービスを提供する場合にあっては、予定している事業所を記入すること。なお、委託を予定している事業所が指定事業所でない場合は、事業所番号の記入を要しない。
- 「主な揭示事項」の欄は、その内容を簡潔に記入すること。
- 「主たる対象者」の欄は、気管切開を伴う人工呼吸機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10点以上である者を対象とする場合は「Ⅲ類型」、特定しない場合は「特定なし」を選択すること。
- のある欄は、該当するの中にレ印を付すること。
- 「利用者数」の欄は、当該事業所においてサービス提供が可能な利用者数を記入すること。
- 「その他の費用」の欄は、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容及びその費用について記入すること。
- 「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。
- 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。
- 次に掲げる書類を添付すること。
  - 事業所の平面図
  - 事業所のサービス提供責任者の経歴を記載した書類
  - 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

別紙6

- (その1)  介護サービス包括型共同生活援助事業者  
 外部サービス利用型共同生活援助事業者の指定に係る審査事項  
 日中サービス支援型共同生活援助事業者

主たる事業所	フリガナ							
	名称							
	所在地	(郵便番号 - )						
管理者	フリガナ							
	氏名	住所 (郵便番号 - )						
	生年月日	年	月	日				
当該事業所で兼務する他の職務 (兼務の場合のみ記入すること。)								
他の事業所、施設等の職務との兼務 (兼務の場合のみ記入すること。)		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
利用定員数								利用者の推定数又は前年度の平均値
サービス管理責任者	フリガナ							
	氏名	住所 (郵便番号 - )						
	生年月日	年	月	日				
従業者の職種及び員数	サービス管理責任者		世話人		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)							
	※適合の可否							
居宅介護従業者の外部委託の予定	□有 (月 時間) □無							
受託居宅介護サービス事業者	事業者の名称							
	事業者の所在地		(郵便番号 - )					
	事業所の名称							
	事業所の所在地		(郵便番号 - )					
障害者支援施設等との連携体制等	連携施設の種別及び名称							
	支援体制の概要							
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						
協力歯科医療機関	名称							

- 注1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。  
2 □のある欄は、該当する□の中にレ印を付すること。  
3 「主たる事業所」とは、複数の共同生活住居がある場合において、当該事業所からいずれの共同生活住居に対しても、おおむね30分程度で移動可能な範囲にある事業所をいう。  
4 「利用者の推定数又は前年度の平均値」の欄は、更新申請の場合にあつては、前年度の平均利用者数を記入すること。  
5 「従業者の職種及び員数」の欄は、複数の共同生活住居を一体として指定を受けようとする事業所については、総数を記入すること。  
6 ※印の欄は、記入しないこと。  
7 「居宅介護従事者の外部委託の予定」の欄は、介護サービス包括型共同生活援助事業者及び日中サービス支援型共同生活援助事業者の指定の申請をする場合に記入すること。  
8 「受託居宅介護サービス事業者」の欄は、外部サービス利用型共同生活援助事業者の指定の申請をする場合に記入すること。  
9 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。  
10 申請する類型に係る別紙6 (その2) または別紙6 (その3) の様式を併せて提出すること。  
11 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) 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  
(3) 事業所の管理者及びサービス管理責任者の経歴を記載した書類  
(4) 運営規程  
(5) 利用者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) 外部サービス利用型共同生活援助事業者の指定の申請をする場合は、受託居宅介護サービス事業者との契約の内容を記載した書類  
(8) 協力医療機関 (協力歯科医療機関を含む。) との契約の内容を記載した書類  
(9) 指定障害福祉サービスの主たる対象者を特定する場合は、その理由を記載した書類  
(10) 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) 第36条第3項各号に該当しないことを誓約する書

共同生活住居 (本体住居)	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 - )			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
	グループホームに供する建物の形態				
	住居区分	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	建物所有者名				
	賃貸借契約の内容	敷金		礼金	家賃(月額)
		契約期間			
		賃貸料がない理由			
	住居の利用定員数	人		利用者の推定数	人
	居室数	室(うち個室 室)			
	入居者1人当たりの居室の最小床面積	平方メートル			
	一体的に運営するサテライト型住居 場所				
一体的に運営するサテライト型住居の利用者から連絡を受ける通信機器					
主たる対象者	<input type="checkbox"/> 特定なし <input type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 精神障害者 <input type="checkbox"/> 難病患者等				
利用料					
その他の費用					
サテライト型住居 ①	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 - )			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
	グループホームに供する建物の形態				
	住居区分	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	建物所有者名				
	賃貸借契約の内容	敷金		礼金	家賃(月額)
		契約期間			
		賃貸料がない理由			
	居室の床面積	平方メートル			
	本体住居との距離	キロメートル			
	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	<input type="checkbox"/> 特定なし <input type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 精神障害者 <input type="checkbox"/> 難病患者等			
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 - )			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
	グループホームに供する建物の形態				
	住居区分	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	建物所有者名				
	賃貸借契約の内容	敷金		礼金	家賃(月額)
		契約期間			
		賃貸料がない理由			
	居室の床面積	平方メートル			
	本体住居との距離	キロメートル			
	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	<input type="checkbox"/> 特定なし <input type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 精神障害者 <input type="checkbox"/> 難病患者等			
利用料					
その他の費用					

注1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。

2 本体住居ごとに提出すること。

3 のある欄は、該当するの中にレ印を付すること。

4 「サテライト型住居」の欄は、松山市指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例(平成24年条例第60号)第198条第10項に規定するサテライト型住居を設置する場合に記入すること。

5 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。

共同生活住居①	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 - )		
	連絡先	電話番号	FAX番号	
	グループホームに供する建物の形態			
	住居区分	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	建物所有者名			
	賃貸借契約の内容	敷金	礼金	家賃(月額)
		契約期間	賃貸料がない理由	
	住居の利用定員数	人	利用者の推定数	人
	居室数	室(うち個室 室)		
	入居者1人当たりの居室の最小床面積	平方メートル		
	一体的に運営するサテライト型住居	か所		
	一体的に運営するサテライト型住居の利用者から連絡を受ける通信機器			
主たる対象者	<input type="checkbox"/> 特定なし <input type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 精神障害者 <input type="checkbox"/> 難病患者等			
利用料				
その他の費用				
共同生活住居②	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 - )		
	連絡先	電話番号	FAX番号	
	グループホームに供する建物の形態			
	住居区分	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	建物所有者名			
	賃貸借契約の内容	敷金	礼金	家賃(月額)
		契約期間	賃貸料がない理由	
	居室の床面積	平方メートル		
	本体住居との距離	キロメートル		
	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	<input type="checkbox"/> 特定なし <input type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 精神障害者 <input type="checkbox"/> 難病患者等		
	利用料			
その他の費用				
共同生活住居③	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 - )		
	連絡先	電話番号	FAX番号	
	グループホームに供する建物の形態			
	住居区分	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	建物所有者名			
	賃貸借契約の内容	敷金	礼金	家賃(月額)
		契約期間	賃貸料がない理由	
	居室の床面積	平方メートル		
	本体住居との距離	キロメートル		
	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	<input type="checkbox"/> 特定なし <input type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 精神障害者 <input type="checkbox"/> 難病患者等		
	利用料			
その他の費用				

注1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。  
 注2 □のある欄は、該当する□の中にレ印を付すること。  
 注3 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7

(その1)  介護サービス包括型共同生活援助事業者（地域移行型ホーム）  
 外部サービス利用型共同生活援助事業者（地域移行型ホーム）

の指定に係る審査事項

主たる事業所	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				
	当該事業所で兼務する他の職務 (兼務の場合のみ記入すること。)							
他の事業所、施設等 の職務との兼務 (兼務の場合のみ記入すること。)		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	
利用定員数				利用者の推定数 又は前年度の平均値				
サービス管理責任者	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	サービス管理責任者		世話人		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)							
※適合の可否								
同一敷地内にある 病院の名称及び所在地								
居宅介護従業者の 外部委託の予定 <input type="checkbox"/> 有 (月 時間) <input type="checkbox"/> 無								
受託居宅介護サービス事業者	事業者の名称							
	事業者の所在地		(郵便番号 - )					
	事業所の名称							
	事業所の所在地		(郵便番号 - )					
障害者支援施設等との 連携体制等	連携施設の種別及び名称							
	支援体制の概要							
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			
協力歯科医療機関	名称							

- 注1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。  
 2 □のある欄は、該当する□の中にレ印を付すること。  
 3 「主たる事業所」とは、複数の共同生活住居がある場合において、当該事業所からいずれの共同生活住居に対しても、おおむね30分程度で移動可能な範囲にある事業所をいう。  
 4 「利用者の推定数又は前年度の平均値」の欄は、更新申請の場合にあっては、前年度の平均利用者数を記入すること。  
 5 「従業者の職種及び員数」の欄は、複数の共同生活住居を一体として指定を受けようとする事業所については、総数を記入すること。  
 6 ※印の欄は、記入しないこと。  
 7 「居宅介護従業者の外部委託の予定」の欄は、介護サービス包括型共同生活援助事業者の指定の申請をする場合に記入すること。  
 8 「受託居宅介護サービス事業者」の欄は、外部サービス利用型共同生活援助事業者の指定の申請をする場合に記入すること。  
 9 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。  
 10 別紙7（その2）を併せて提出すること。  
 12 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) 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  
 (3) 事業所の管理者及びサービス管理責任者の経歴を記載した書類  
 (4) 運営規程  
 (5) 利用者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) 外部サービス利用型共同生活援助事業者の指定の申請をする場合は、受託居宅介護サービス事業者との契約の内容を記載した書類  
 (8) 協力医療機関（協力歯科医療機関を含む。）との契約の内容を記載した書類  
 (9) 指定障害福祉サービスの主たる対象者を特定する場合は、その理由を記載した書類  
 (10) 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）第36条第3項各号に該当しないことを誓約する書

共同生活住居 (本体住居)	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 - )		
	連絡先	電話番号		FAX番号
	地域移行支援型ホームに供する建物の形態			
	住居区分	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	建物所有者名			
	賃貸借契約の内容	敷金		礼金
		家賃(月額)		
		契約期間		
		賃貸料がない理由		
	住居の利用定員数		人	利用者の推定数
	居室数		室	(うち個室 室)
	入居者1人当たりの居室の最小床面積			平方メートル
一体的に運営するサテライト型住居 場所				
一体的に運営するサテライト型住居の利用者から連絡を受ける通信機器				
主たる対象者	<input type="checkbox"/> 特定なし <input type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 精神障害者 <input type="checkbox"/> 難病患者等			
利用料				
その他の費用				
サテライト型住居①	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 - )		
	連絡先	電話番号		FAX番号
	地域移行支援型ホームに供する建物の形態			
	住居区分	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	建物所有者名			
	賃貸借契約の内容	敷金		礼金
		家賃(月額)		
		契約期間		
		賃貸料がない理由		
	居室の床面積			平方メートル
	本体住居との距離			キロメートル
	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	<input type="checkbox"/> 特定なし <input type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 精神障害者 <input type="checkbox"/> 難病患者等			
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 - )		
	連絡先	電話番号		FAX番号
	地域移行支援型ホームに供する建物の形態			
	住居区分	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	建物所有者名			
	賃貸借契約の内容	敷金		礼金
		家賃(月額)		
		契約期間		
		賃貸料がない理由		
	居室の床面積			平方メートル
	本体住居との距離			キロメートル
	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	<input type="checkbox"/> 特定なし <input type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 精神障害者 <input type="checkbox"/> 難病患者等			
利用料				
その他の費用				

注1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。

2 本体住居ごとに提出すること。

3 □のある欄は、該当する□の中に入れて印を付すること。

4 「サテライト型住居」の欄は、松山市指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例(平成24年条例第60号)第198条第10項に規定するサテライト型住居を設置する場合に記入すること。

5 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7の2

(その1)  介護サービス包括型共同生活援助事業者（地域移行支援型ホーム）  
 外部サービス利用型共同生活援助事業者（地域移行支援型ホーム）  
 の指定に係る審査事項

主たる事業所	フリガナ							
	名称							
所在地	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				
	当該事業所で兼務する他の職務 (兼務の場合のみ記入すること。)							
他の事業所、施設等 の職務との兼務 (兼務の場合のみ記入すること。)				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、当該事業の実施について定めてある条例等								
利用定員数				利用者の推定数 又は前年度の平均値				
サービス管理責任者	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	サービス管理責任者		世話人		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)								
※適合の可否								
同一敷地内にある 病院の名称及び所在地								
居宅介護従業者の 外部委託の予定								
□有 (月 時間) □無								
受託居宅介護サービス事業者	事業者の名称							
	事業者の所在地		(郵便番号 - )					
	事業所の名称							
	事業所の所在地		(郵便番号 - )					
障害者支援施設等との 連携体制等	連携施設の種別及び名称							
	支援体制の概要							
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		
協力歯科医療機関	名称							

- 注1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。  
 2 □のある欄は、該当する□の中にレ印を付すること。  
 3 「主たる事業所」とは、複数の共同生活住居がある場合において、当該事業所からいずれの共同生活住居に対しても、おおむね30分程度で移動可能な範囲にある事業所をいう。  
 4 「利用者の推定数又は前年度の平均値」の欄は、更新申請の場合にあっては、前年度の平均利用者数を記入すること。  
 5 「従業者の職種及び員数」の欄は、複数の共同生活住居を一体として指定を受けようとする事業所については、総数を記入すること。  
 6 ※印の欄は、記入しないこと。  
 7 「居宅介護従業者の外部委託の予定」の欄は、介護サービス包括型共同生活援助事業者の指定の申請をする場合に記入すること。  
 8 「受託居宅介護サービス事業者」の欄は、外部サービス利用型共同生活援助事業者の指定の申請をする場合に記入すること。  
 9 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。  
 10 当該申請に係る同一敷地内にある病院の精神病床の減少計画を記載した書類を添付すること。  
 11 別紙7の2 (その2) を併せて提出すること。  
 12 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) 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  
 (3) 事業所の管理者及びサービス管理責任者の経歴を記載した書類  
 (4) 運営規程  
 (5) 利用者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) 外部サービス利用型共同生活援助事業者の指定の申請をする場合は、受託居宅介護サービス事業者との契約の内容を記載した書類  
 (8) 協力医療機関 (協力歯科医療機関を含む。) との契約の内容を記載した書類  
 (9) 指定障害福祉サービスの主たる対象者を特定する場合は、その理由を記載した書類  
 (10) 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) 第36条第3項各号に該当しないことを誓約する書

共同生活住居 (本体住居)	フリガナ			
	名 称			
	所在地	(郵便番号 - )		
	連絡先	電話番号		FAX番号
	地域移行支援型ホームに供する建物の形態			
	住 居 区 分	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	建 物 所 有 者 名			
	賃貸借契約の内容	敷 金		礼金
		契 約 期 間		家賃(月額)
	賃貸料がない理由			
	住居の利用定員数		人	利用者の推定数
	居 室 数		室	(うち個室 室)
	入居者1人当たりの居室の最小床面積			平方メートル
	一体的に運営するサテライト型住居 場所			
一体的に運営するサテライト型住居の利用者から連絡を受ける通信機器				
主たる対象者	<input type="checkbox"/> 特定なし <input type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 精神障害者 <input type="checkbox"/> 難病患者等			
利 用 料				
そ の 他 の 費 用				
サテライト型住居①	フリガナ			
	名 称			
	所在地	(郵便番号 - )		
	連絡先	電話番号		FAX番号
	地域移行支援型ホームに供する建物の形態			
	住 居 区 分	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	建 物 所 有 者 名			
	賃貸借契約の内容	敷 金		礼金
		契 約 期 間		家賃(月額)
	賃貸料がない理由			
	居室の床面積			平方メートル
	本体住居との距離			キロメートル
	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	<input type="checkbox"/> 特定なし <input type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 精神障害者 <input type="checkbox"/> 難病患者等		
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 - )		
	連絡先	電話番号		FAX番号
	地域移行支援型ホームに供する建物の形態			
	住 居 区 分	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	建 物 所 有 者 名			
	賃貸借契約の内容	敷 金		礼金
		契 約 期 間		家賃(月額)
	賃貸料がない理由			
	居室の床面積			平方メートル
	本体住居との距離			キロメートル
	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	<input type="checkbox"/> 特定なし <input type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 精神障害者 <input type="checkbox"/> 難病患者等		
利 用 料				
そ の 他 の 費 用				

注1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。

2 本体住居ごとに提出すること。

3 □のある欄は、該当する□の中に入れて印を付すること。

4 「サテライト型住居」の欄は、松山市指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例(平成24年条例第60号)第198条第10項に規定するサテライト型住居を設置する場合に記入すること。

5 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7の3

(その1)  介護サービス包括型共同生活援助事業者（地域移行支援型ホーム）  
 外部サービス利用型共同生活援助事業者（地域移行支援型ホーム）  
 の指定に係る審査事項

主たる事業所	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				
	当該事業所で兼務する他の職務 (兼務の場合のみ記入すること。)							
	他の事業所、施設等 の職務との兼務 (兼務の場合のみ記入すること。)				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、当該事業の実施について定めてある条例等								
利用定員数				利用者の推定数 又は前年度の平均値				
サービス管理責任者	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	サービス管理責任者		世話人		生活支援員			
	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)					
※適合の可否								
同一敷地内にある 病院の名称及び所在地								
居宅介護従業者の 外部委託の予定 <input type="checkbox"/> 有 (月 時間) <input type="checkbox"/> 無								
受託居宅介護サービス事業者	事業者の名称							
	事業者の所在地		(郵便番号 - )					
	事業所の名称							
	事業所の所在地		(郵便番号 - )					
障害者支援施設等との 連携体制	連携施設の種別及び名称							
	支援体制の概要							
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		
協力歯科医療機関	名称							

- 注1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。  
 2 □のある欄は、該当する□の中にレ印を付すること。  
 3 「主たる事業所」とは、複数の共同生活住居がある場合において、当該事業所からいずれの共同生活住居に対しても、おおむね30分程度で移動可能な範囲にある事業所をいう。  
 4 「利用者の推定数又は前年度の平均値」の欄は、更新申請の場合にあっては、前年度の平均利用者数を記入すること。  
 5 「従業者の職種及び員数」の欄は、複数の共同生活住居を一体として指定を受けようとする事業所については、総数を記入すること。  
 6 ※印の欄は、記入しないこと。  
 7 「居宅介護従業者の外部委託の予定」の欄は、介護サービス包括型共同生活援助事業者の指定の申請をする場合に記入すること。  
 8 「受託居宅介護サービス事業者」の欄は、外部サービス利用型共同生活援助事業者の指定の申請をする場合に記入すること。  
 9 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。  
 10 当該申請に係る同一敷地内にある病院の精神病床の減少計画を記載した書類を添付すること。  
 11 別紙7の3(その2)を併せて提出すること。  
 12 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) 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  
 (3) 事業所の管理者及びサービス管理責任者の経歴を記載した書類  
 (4) 運営規程  
 (5) 利用者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) 外部サービス利用型共同生活援助事業者の指定の申請をする場合は、受託居宅介護サービス事業者との契約の内容を記載した書類  
 (8) 協力医療機関(協力歯科医療機関を含む。)との契約の内容を記載した書類  
 (9) 指定障害福祉サービスの主たる対象者を特定する場合は、その理由を記載した書類  
 (10) 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)第36条第3項各号に該当しないことを誓約する書

共同生活住居 (本体住居)	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 - )		
	連絡先	電話番号	FAX番号	
	地域移行支援型ホームに供する建物の形態			
	住居区分	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	建物所有者名			
	賃貸借契約の内容	敷金	礼金	家賃(月額)
		契約期間	賃貸料がない理由	
	住居の利用定員数	人	利用者の推定数	人
	居室数	室(うち個室 室)		
	入居者1人当たりの居室の最小床面積	平方メートル		
	一体的に運営するサテライト型住居 所			
	一体的に運営するサテライト型住居の利用者から連絡を受ける通信機器			
主たる対象者	<input type="checkbox"/> 特定なし <input type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 精神障害者 <input type="checkbox"/> 難病患者等			
利用料				
その他の費用				
サテライト型住居①	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 - )		
	連絡先	電話番号	FAX番号	
	地域移行支援型ホームに供する建物の形態			
	住居区分	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	建物所有者名			
	賃貸借契約の内容	敷金	礼金	家賃(月額)
		契約期間	賃貸料がない理由	
	居室の床面積	平方メートル		
	本体住居との距離	キロメートル		
	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	<input type="checkbox"/> 特定なし <input type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 精神障害者 <input type="checkbox"/> 難病患者等		
	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 - )		
	連絡先	電話番号	FAX番号	
	地域移行支援型ホームに供する建物の形態			
	住居区分	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	建物所有者名			
	賃貸借契約の内容	敷金	礼金	家賃(月額)
		契約期間	賃貸料がない理由	
	居室の床面積	平方メートル		
	本体住居との距離	キロメートル		
	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	<input type="checkbox"/> 特定なし <input type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 精神障害者 <input type="checkbox"/> 難病患者等		
	利用料			
その他の費用				

- 注1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。  
 2 本体住居ごとに提出すること。  
 3 □のある欄は、該当する□の中に入れて印を付すること。  
 4 「サテライト型住居」の欄は、松山市指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例(平成24年条例第60号)第198条第10項に規定するサテライト型住居を設置する場合に記入すること。  
 5 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 8

(その1) 自立訓練(機能訓練)事業者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 - )									
管理者	連絡先	電話番号					FAX番号				
	フリガナ					住所	(郵便番号 - )				
	氏名			生年月日	年	月	日				
当該事業所で兼務する他の職務 (兼務の場合のみ記入すること。)											
他の事業所、施設等 の職務との兼務 (兼務の場合のみ記入すること。)						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、当該事業の実施について定めてある条例等										第 条第 項第 号	
訪問事業の実施の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無											
サービス 管理責任者	フリガナ										
	氏名										
	生年月日	年	月	日							
従業者の職種及び員数	サービス管理責任者		看護職員		理学療法士		作業療法士		訪問支援員		
	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)										
	※ 適合の可否										
	機能訓練指導員		生活支援員								
	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)										
	※ 適合の可否										
	利用者の推定数又は 前年度の平均値		(人)								
主な 揭示 事項	営業日										
	営業時間										
	主たる対象者	<input type="checkbox"/> 特定なし		<input type="checkbox"/> 身体障害者							
				<input type="checkbox"/> 細分なし	<input type="checkbox"/> 肢体不自由	<input type="checkbox"/> 視覚障害	<input type="checkbox"/> 聴覚・言語	<input type="checkbox"/> 内部障害			
			<input type="checkbox"/> 知的障害者	<input type="checkbox"/> 精神障害者	<input type="checkbox"/> 難病患者等						
	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		<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 □のある欄は、該当する□の中にレ印を付すること。

3 ※印の欄は、記入しないこと。

4 「看護職員」とは、保健師、看護師及び准看護師のことをいう。

5 「従業者の職種及び員数」の欄において、「生活支援員」には、訪問支援員(利用者の居宅を訪問することにより指定自立訓練(機能訓練)を提供する生活支援員をいう。)を含めないこと。

6 「利用者の推定数又は前年度の平均値」の欄は、更新申請の場合にあつては、前年度の平均利用者数を記入すること。

7 「主な揭示事項」の欄は、その内容を簡潔に記入すること。

- 8 「その他の費用」の欄は、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容及びその費用について記入すること。
- 9 「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。
- 10 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。
- 11 多機能型事業を実施する場合は、各事業の審査事項と別紙12を併せて提出すること。
- 12 従たる事業所のある場合は、別紙8（その2）を併せて提出すること。
- 13 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サービス管理責任者の経歴を記載した書類
  - (4) 運営規程
  - (5) 利用者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) 協力医療機関との契約の内容を記載した書類
  - (8) 指定障害福祉サービスの主たる対象者を特定する場合は、その理由を記載した書類
  - (9) 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）第36条第3項各号に該当しないことを誓約する書面

別紙8

(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						
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
訪問事業の実施の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										
サービス管理責任者	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	サービス管理責任者		看護職員		理学療法士		作業療法士		訪問支援員			
			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)									
	※適合の可否											
			機能訓練指導員		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)									
	※適合の可否											
	利用者の推定数又は前年度の平均値	(人)										
主な揭示事項	営業日											
	営業時間											
	主たる対象者	<input type="checkbox"/> 特定なし	身体障害者									
			<input type="checkbox"/> 細分なし	<input type="checkbox"/> 肢体不自由	<input type="checkbox"/> 視覚障害	<input type="checkbox"/> 聴覚・言語	<input type="checkbox"/> 内部障害					
			<input type="checkbox"/> 知的障害者	<input type="checkbox"/> 精神障害者	<input type="checkbox"/> 難病患者等							
	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		<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							
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 □のある欄は、該当する□の中にレ印を付すること。
- 3 ※印の欄は、記入しないこと。
- 4 「看護職員」とは、保健師、看護師及び准看護師のことをいう。
- 5 「従業者の職種及び員数」の欄において、「生活支援員」には、訪問支援員（利用者の居宅を訪問することにより指定自立訓練（機能訓練）を提供する生活支援員をいう。）を含めないこと。
- 6 「利用者の推定数又は前年度の平均値」の欄は、更新申請の場合にあっては、前年度の平均利用者数を記入すること。
- 7 「主な揭示事項」の欄は、その内容を簡潔に記入すること。
- 8 「その他の費用」の欄は、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容及びその費用について記入すること。
- 9 「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地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付すること。
- 10 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。
- 11 多機能型事業を実施する場合は、各事業の審査事項と別紙12を併せて提出すること。
- 12 次に掲げる書類を添付すること。
- 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
  - 事業所のサービス管理責任者の経歴を記載した書類
  - 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
  - 当該申請に係る事業に係る協力医療機関との契約内容を記載した書類
  - 指定障害福祉サービスの主たる対象者を特定する場合は、その理由を記載した書類

別紙9

(その1) 自立訓練(生活訓練)事業者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											
	当該事業所で兼務する他の職務 (兼務の場合のみ記入すること。)														
	他の事業所、施設等の職務との兼務 (兼務の場合のみ記入すること。)														
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、当該事業の実施について定めてある条例等															
第 条第 項第 号															
訪問事業の実施の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無															
サービス管理責任者	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		サービス管理責任者		生活支援員		看護職員		訪問支援員		地域移行支援員					
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
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															
利用者の推定数又は前年度の平均値		(人)													
主な揭示事項	営業日														
	営業時間														
	主たる対象者	<input type="checkbox"/> 特定なし			<input type="checkbox"/> 細かなし			<input type="checkbox"/> 肢体不自由		<input type="checkbox"/> 視覚障害		<input type="checkbox"/> 聴覚・言語		<input type="checkbox"/> 内部障害	
		<input type="checkbox"/> 知的障害者			<input type="checkbox"/> 精神障害者			<input type="checkbox"/> 難病患者等							
	利用定員	人													
	※基準上の必要定員	人													
	利用料														
	その他の費用														
	通常の実施地域														
	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 □のある欄は、該当する□の中にレ印を付すること。  
 3 ※印の欄は、記入しないこと。  
 4 「看護職員」とは、保健師、看護師及び准看護師のことをいう。  
 5 「従業者の職種及び員数」の欄において、「生活支援員」には、訪問支援員(利用者の居宅を訪問することにより指定自立訓練(機能訓練)を提供する生活支援員をいう。)を含めないこと。  
 6 「利用者の推定数又は前年度の平均値」の欄は、更新申請の場合にあつては、前年度の平均利用者数を記入すること。  
 7 「主な揭示事項」の欄は、その内容を簡潔に記入すること。  
 8 「その他の費用」の欄は、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容及びその費用について記入すること。  
 9 「通常の実施地域」の欄は、市町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。  
 10 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。  
 11 多機能型事業を実施する場合は、各事業の審査事項と別紙12を併せて提出すること。  
 12 従たる事業所のある場合には、別紙9(その2)を併せて添付すること。

13 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サービス管理責任者の経歴を記載した書類
- (4) 運営規程
- (5) 利用者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) 協力医療機関との契約の内容を記載した書類
- (8) 指定障害福祉サービスの主たる対象者を特定する場合は、その理由を記載した書類
- (9) 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）第36条第3項各号に該当しないことを誓約する書面

別紙9

(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					
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
訪問事業の実施の有無												<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
サービス管理責任者	フリガナ	(郵便番号 — )										
	氏名					住所						
	生年月日	年 月 日				年 月 日						
従業者の職種及び員数		サービス管理責任者		生活支援員		看護職員		訪問支援員		地域移行支援員		
		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)										
※ 適合の可否												
利用者の推定数又は前年度の平均値		(人)										
主な 揭示 事項	営業日											
	営業時間											
	主たる対象者	<input type="checkbox"/> 特定なし		<input type="checkbox"/> 細分なし		<input type="checkbox"/> 肢体不自由		<input type="checkbox"/> 視覚障害		<input type="checkbox"/> 聴覚・言語		<input type="checkbox"/> 内部障害
		<input type="checkbox"/> 知的障害者		<input type="checkbox"/> 精神障害者		<input type="checkbox"/> 難病患者等						
	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				<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 □のある欄は、該当する□の中にレ印を付すること。

3 ※印の欄は、記入しないこと。

4 「看護職員」とは、保健師、看護師及び准看護師のことをいう。

5 「従業者の職種及び員数」の欄において、「生活支援員」には、訪問支援員（利用者の居宅を訪問することにより指定自立訓練（機能訓練）を提供する生活支援員をいう。）を含めないこと。

6 「利用者の推定数又は前年度の平均値」の欄は、更新申請にあつては、前年度の平均利用者数を記入すること。

7 「主な揭示事項」の欄は、その内容を簡潔に記入すること。

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

9 「通常の事業の実施地域」の欄は、市町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。

10 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。

11 多機能型事業を実施する場合は、各事業の審査事項と別紙12を併せて提出すること。

12 次に掲げる書類を添付すること。

- (1) 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
- (2) 事業所のサービス管理責任者の経歴を記載した書類
- (3) 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
- (4) 当該申請に係る事業に係る協力医療機関との契約内容を記載した書類
- (5) 指定障害福祉サービスの主たる対象者を特定する場合は、その理由を記載した書類

別紙10

(その1) 就労移行支援事業者の指定に係る審査事項  
( 一般型 資格取得 )

事業所	フリガナ											
	所在地	(郵便番号 - )										
	連絡先	電話番号					FAX番号					
管理者	フリガナ											
	氏名			住所	(郵便番号 - )							
	生年月日	年 月 日										
	当該事業所で兼務する他の職務 (兼務の場合のみ記入すること。)											
他の事業所、施設等事業所等の名称 の職務との兼務兼務する職務及び (兼務の場合のみ記入すること。)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 第 条第 項第 号												
サービス管理責任者	フリガナ											
	氏名			住所	(郵便番号 - )							
	生年月日	年 月 日										
従業者の職種及び員数	サービス管理責任者		職業指導員		生活支援員		就労支援員					
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	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												
利用者の推定数又は前年度の平均値(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	<input type="checkbox"/> 特定なし		<input type="checkbox"/> 身体障害者								
		<input type="checkbox"/> 知的障害者	<input type="checkbox"/> 精神障害者	<input type="checkbox"/> 難病患者等	<input type="checkbox"/> 細分なし	<input type="checkbox"/> 肢体不自由	<input type="checkbox"/> 視覚障害	<input type="checkbox"/> 聴覚・言語	<input type="checkbox"/> 内部障害			
	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		<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							
	その他の											
協力医療機関	名称						主な診療科名					
提携就労支援機関												

- 注1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。
- 2 のある欄は、該当するの中にレ印を付すること。
- 3 ※印の欄は、記入しないこと。
- 4 「利用者の推定数又は前年度の平均値」の欄は、更新申請の場合にあつては、前年度の平均利用者数を記入すること。
- 5 「主な揭示事項」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、利用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 「提携就労支援機関」の欄は、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入すること。
- 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 従たる事業所のある場合は、別紙10(その2)を併せて添付すること。
- 10 多機能型事業を実施する場合は、各事業の審査事項と別紙12を併せて提出すること。
- 11 次に掲げる書類を添付すること。
- 申請者の登記事項証明書又は条例等
  - 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
  - 事業所の管理者及びサービス管理責任者の経歴を記載した書類
  - 運営規程
  - 利用者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
  - 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
  - 協力医療機関との契約の内容を記載した書類
  - 指定障害福祉サービスの主たる対象者を特定する場合は、その理由を記載した書類
  - 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)第36条第3項各1号に該当しないことを誓約する書面

別紙10

(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						
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													
従業者の職種及び員数	サービス管理責任者		職業指導員		生活支援員		就労支援員						
	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)												
※ 適合の可否													
利用者の推定数又は前年度の平均値 (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	<input type="checkbox"/> 特定なし		<input type="checkbox"/> 身体障害者									
		<input type="checkbox"/> 知的障害者	<input type="checkbox"/> 精神障害者	<input type="checkbox"/> 難病患者等	<input type="checkbox"/> 細分なし	<input type="checkbox"/> 肢体不自由	<input type="checkbox"/> 視覚障害	<input type="checkbox"/> 聴覚・言語	<input type="checkbox"/> 内部障害				
	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		<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							
提携就労支援機関													

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 「利用者の推定数又は前年度の平均値」の欄は、更新申請の場合にあっては、前年度の平均利用者数を記入すること。

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 のある欄は、該当するの中にレ印を付すること。

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

7 「提携就労支援機関」の欄は、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入すること。

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、各事業の審査事項と別紙12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) 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
- (2) 事業所のサービス管理責任者の経歴を記載した書類
- (3) 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
- (4) 協力医療機関との契約の内容を記載した書類
- (5) 指定障害福祉サービスの主たる対象者を特定する場合は、その理由を記載した書類

別紙11

(その1) 就労継続支援事業者の指定に係る審査事項  
 ( 就労継続支援 (A型) 就労継続支援 (B型) )

事業所	フリガナ							
	名称							
	所在地	(郵便番号 - )						
管理者	連絡先	電話番号			FAX番号			
	フリガナ					住所	(郵便番号 - )	
	氏名					住所	(郵便番号 - )	
	生年月日	年	月	日				
	当該事業所で兼務する他の職務 (兼務の場合のみ記入すること。)							
他の事業所、施設等の職務との兼務 (兼務の場合のみ記入すること。)			事業所等の名称 兼務する職務及び勤務時間等					
当該事業の実施について定めてある定款、寄附行為等又は条例等 (定款、寄附行為等については、就労継続支援 (A型) の場合のみ記入すること。)					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							
	生年月日	年	月	日				
従業者の職種及び員数	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	
	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)						
※適合の可否								
利用者の推定数又は前年度の平均値		(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		<input type="checkbox"/> 特定なし	身体障害者				
			<input type="checkbox"/> 細分なし	<input type="checkbox"/> 肢体不自由	<input type="checkbox"/> 視覚障害	<input type="checkbox"/> 聴覚・言語	<input type="checkbox"/> 内部障害	
			<input type="checkbox"/> 知的障害者	<input type="checkbox"/> 精神障害者	<input type="checkbox"/> 難病患者等			
	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		<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 のある欄は、該当するの中にレ印を付すること。  
 3 ※印の欄は、記入しないこと。  
 4 「利用者の推定数又は前年度の平均値」の欄は、更新申請の場合にあつては、前年度の平均利用者数を記入すること。  
 5 「主な揭示事項」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、利用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 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 従たる事業所のある場合は、別紙11(その2)を併せて添付すること。  
 9 多機能型事業を実施する場合は、各事業の審査事項と別紙12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サービス管理責任者の経歴を記載した書類  
 (4) 運営規程  
 (5) 利用者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) 協力医療機関との契約の内容を記載した書類  
 (8) 指定障害福祉サービスの主たる対象者を特定する場合は、その理由を記載した書類  
 (9) 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)第36条第3項各号に該当しないことを誓約する書面

別紙11

(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		
当該事業の実施について定めてある定款、寄附行為等又は条例等 (定款、寄付行為等については、就労継続支援(A型)の場合のみ記入すること。)					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							
	生年月日	年 月 日						
従業者の職種及び員数	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	
	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								
利用者の推定数又は前年度の平均値	(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	<input type="checkbox"/> 特定なし		<input type="checkbox"/> 身体障害者				
		<input type="checkbox"/> 知的障害者		<input type="checkbox"/> 細分なし	<input type="checkbox"/> 肢体不自由	<input type="checkbox"/> 視覚障害	<input type="checkbox"/> 聴覚・言語	<input type="checkbox"/> 内部障害
			<input type="checkbox"/> 精神障害者	<input type="checkbox"/> 難病患者等				
	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		<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 「利用者の推定数又は前年度の平均値」の欄は、更新申請の場合にあつては、前年度の平均利用者数を記入すること。

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 □のある欄は、該当する□の中にレ印を付すること。

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

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、各事業の審査事項と別紙12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) 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
- (2) 事業所のサービス管理責任者の経歴を記載した書類
- (3) 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
- (4) 協力医療機関との契約の内容を記載した書類
- (5) 指定障害福祉サービスの主たる対象者を特定する場合は、その理由を記載した書類

別紙15 就労定着支援事業者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		
当該事業の実施について定めてある定款、寄附行為等又は条例等						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	年 月 日				
	当該就労定着支援事業所において兼務する他の職務 (兼務の場合のみ記入すること。)					
他の事業所、施設等の職務との兼務 (兼務の場合のみ記入すること。)	名称					
	兼務する職務及び勤務時間等					
サービス管理責任者	フリガナ				住所	(郵便番号 - )
	氏名					
	生年月日	年 月 日				
利用者の推定数又は前年度の平均値		人				
一体的に運営する事業所における利用者の前年度の平均値		人				
従業者の職種及び員数	従業者数		サービス管理責任者		就労定着支援員	
			専従	兼務	専従	兼務
	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					
主な揭示事項	営業日					
	営業時間					
	主たる対象者	<input type="checkbox"/> 特定なし	<input type="checkbox"/> 身体障害者			
		<input type="checkbox"/> 細分なし	<input type="checkbox"/> 肢体不自由	<input type="checkbox"/> 視覚障害	<input type="checkbox"/> 聴覚・言語	<input type="checkbox"/> 内部障害
		<input type="checkbox"/> 知的障害者	<input type="checkbox"/> 精神障害者	<input type="checkbox"/> 難病患者等		
	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	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					

- 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 「利用者の推定数又は前年度の平均値」の欄は、更新申請の場合にあつては、前年度の平均利用者数を記載すること。
- 5 「主な揭示事項」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、利用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、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。
- 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業に記載して添付すること。
- 9 次に掲げる書類を添付すること。
- (1) 申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等
  - (2) 事業所の平面図
  - (3) 事業所の管理者及びサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴を記載した書類
  - (4) 運営規程
  - (5) 利用者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) 当該申請に係る事業に係る資産の状況を記載した書類(貸借対照表、財産目録等)
  - (8) 当該申請に係る事業に係る訓練等給付費の請求に関する事項を記載した書類
  - (9) 当該申請に係る事業の主たる対象者を特定する場合は、その理由を記載した書類
  - (10) 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)第36条第3項各号に該当しないことを誓約する書面
  - (11) 従業者のうち他の事業所又は施設において兼務する者がある場合にあつては、兼務の状況を記載した書類
  - (12) 指定を受けようとする事業者が提供する指定障害福祉サービスの種類並びに当該事業所の名称及び所在地が分かる書類
  - (13) 指定を受けようとする事業所と一体的に運営する事業所における過去3年間の一般就労の移行実績が分かる書類

別紙16 自立生活援助事業者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
当該事業の実施について定めてある定款、寄附行為等又は条例等					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	年 月 日			
	当該自立生活援助事業所において兼務する他の職務 (兼務の場合のみ記入すること。)				
	他の事業所、施設等の職務との兼務 (兼務の場合のみ記入すること。)		名称		
		兼務する職務及び勤務時間等			
サービス管理責任者	フリガナ			住所	(郵便番号 - )
	氏名				
	生年月日	年 月 日			
利用者の推定数又は前年度の平均値			人		
従業者の職種及び員数		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)			
常勤換算後の人数		(人)			
※基準上の必要人数		(人)			
※適合の可否					
常時の連絡体制					
主な揭示事項	営業日				
	営業時間				
	主たる対象者	<input type="checkbox"/> 特定なし <input type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 精神障害者 <input type="checkbox"/> 難病患者等			
	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		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			

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 「利用者の推定数又は前年度の平均値」の欄は、更新申請の場合にあつては、前年度の平均利用者数を記載すること。

5 「常時の連絡体制」の欄は、営業時間外における事業所の人員体制及び利用者との連絡体制を含め、具体的に記載すること。

6 「主な揭示事項」の欄は、その内容を簡潔に記入すること。

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

8 「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。

9 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。

10 次に掲げる書類を添付すること。

(1) 申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等

(2) 事業所の平面図

(3) 事業所の管理者及びサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴を記載した書類

- (4) 運営規程
- (5) 利用者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) 当該申請に係る事業に係る資産の状況を記載した書類（貸借対照表、財産目録等）
- (8) 当該申請に係る事業に係る訓練等給付費の請求に関する事項を記載した書類
- (9) 当該申請に係る事業の主たる対象者を特定する場合は、その理由を記載した書類
- (10) 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）第36条第3項各号に該当しないことを誓約する書面
- (11) 従業員のうち他の事業所又は施設において兼務する者がある場合にあつては、兼務の状況を記載した書類
- (12) 指定を受けようとする者の指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設又は指定相談支援事業者の別、提供している指定障害福祉サービスの種類並びに当該事業所又は施設の名称及び所在地が分かる書類



別紙12 指定障害福祉サービス事業者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	フリガナ								
	名 称								
	所在地		(郵便番号 - )						
	連絡先		電話番号		FAX番号				
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		(郵便番号 - )						
	連絡先		電話番号		FAX番号				
事業所3	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	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	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						
	(同一敷地内の)他の事業所、施設等の職務との兼務(兼務の場合のみ記入すること。)		事業所等の名称		兼務する職務及び勤務時間等				
主たる対象とする障害の種類		<input type="checkbox"/> 特定なし		<input type="checkbox"/> 身体障害者			<input type="checkbox"/> 知的障害者		
		<input type="checkbox"/> 細分無し		<input type="checkbox"/> 肢体不自由		<input type="checkbox"/> 視覚障害		<input type="checkbox"/> 聴覚・言語	
				<input type="checkbox"/> 内部障害		<input type="checkbox"/> 精神障害者		<input type="checkbox"/> 難病患者等	
生活介護を行う場合		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	
利用者の推定数又は前年度の平均値		(人)		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		生活介護		自立訓練		自立訓練		就労移行支援	
		サービス単位		(機能訓練)		(生活訓練)		(一般型)	
		有 無						(資格取得型)	
主たる事業所								(A型)	
従たる事業所								(B型)	
		児童発達支援		放課後等デイサービス		医療型児童発達支援			
		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									
定員緩和措置の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
定員(人)	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(一般型)	就労移行支援(資格取得型)	就労継続支援(A型)	就労継続支援(B型)	児童発達支援
計									
主たる事業所									
従たる事業所									
定員(人)	医療型児童発達支援	放課後等デイサービス							
計									
主たる事業所									
従たる事業所									

従業者の職種及び員数



			サービス管理責任者		医師		看護職員									
							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		
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															
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															
			理学療法士等				生活支援員									
			計		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員		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
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															
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															
			職業指導員				就労支援員									
			計		兼教官以外		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	専従	兼務		
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															
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 不要の文字は、抹消すること。  
 3 □のある欄は、該当する□の中にレ印を付すること。  
 4 「利用者の推定数又は前年度の平均値」の欄は、更新申請の場合にあつては、前年度の平均利用者数を記入すること。  
 5 「事業実施」の欄は、該当する欄に○を付すること。  
 6 生活介護、児童発達支援又は放課後等デイサービスにサービス単位を導入する場合は、適宜欄を設けて記入するか又は別葉にサービス単位ごとの定員を記入すること。  
 7 「定員緩和措置の有無」とは、松山市障害福祉サービス事業の設備及び運営に関する基準を定める条例(平成24年松山市条例第62号)第88条に基づく利用定員緩和措置の適用の有無をいうものであること。

別紙13

(その1) 障害者支援施設の指定に係る審査事項

施設	フリガナ													
	名称													
	設置の場所	(郵便番号 - )												
管理者	連絡先	電話番号					FAX番号							
	フリガナ			住所	(郵便番号 - )									
	氏名													
	生年月日	年	月		日									
	当該施設で兼務する他の職務 (兼務の場合のみ記入すること。)													
	他の事業所、施設等事業所の名称 の職務との兼務兼務する職務及び (兼務の場合のみ記入すること。)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							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													
	生年月日	年	月	日										
施設障害福祉サービスの種類														
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)				併設施設の種類別										
従業者の職種及び員数	サービス管理責任者		医師		看護職員									
					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)													
※適合の可否														
従業者の職種及び員数	理学療法士等										生活支援員			
	計		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員		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)													
	※基準上の必要人数 (人)													
※適合の可否														
従業者の職種及び員数	職業指導員		就労支援員		栄養士									
	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													
主な揭示事項	主たる対象者													
	<input type="checkbox"/> 特定なし <input type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 細分なし <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚・言語 <input type="checkbox"/> 内部障害 <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 精神障害者 <input type="checkbox"/> 難病患者等													
	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 <input type="checkbox"/> 窓口(連絡先) <input type="checkbox"/> 担当者													
	その他													
	協力医療機関名称													
	協力歯科医療機関名称													
連携する公共職業安定所														
その他関係機関の名称														

注1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。

2 「昼間実施サービスの定員」の欄は、昼間に複数の施設障害福祉サービスを実施する場合の給付の種類ごとの定員の合計数を記入す

ること。

- 3 「定員緩和措置の有無」の欄は、松山市指定障害者支援施設の設備及び運営に関する基準等を定める条例（平成24年松山市条例第61号）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入すること。
- 4 □のある欄は、該当する□の中にレ印を付すること。
- 5 「施設入所支援の定員」の欄は、施設入所支援に複数のサービス単位を設ける場合の定員の合計数を記入すること。
- 6 「従業員の職種及び員数」の欄は、職種ごとに、昼間実施サービスの従事者（別紙13その3の1及び2欄に記入した職員）の合計数を記入すること。
- 7 ※印の欄は、記入しないこと。
- 8 「主な揭示事項」の欄は、その内容を簡潔に記入すること。
- 9 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。
- 10 次に掲げる書類を添付すること。
  - (1) 設置者の登記事項証明書又は条例等
  - (2) 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
  - (3) 施設の管理者及びサービス管理責任者の経歴を記載した書類
  - (4) 運営規程
  - (5) 利用者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（提供する施設障害福祉サービスの種類ごとの従業者の勤務の体制及び勤務形態を明示すること。）
  - (7) 当該申請に係る事業に係る資産の状況を記載した書類（貸借対照表、財産目録等）
  - (8) 協力医療機関（協力歯科医療機関を含む。）との契約の内容を記載した書類
  - (9) 当該申請に係る事業に係る介護給付費及び訓練等給付費の請求に関する事項を記載した書類
  - (10) 併設する施設がある場合にあつては、当該併設する施設の概要を記載した書類
  - (11) 指定障害福祉サービスの主たる対象者を特定する場合は、その理由を記載した書類
  - (12) 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）第36条第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13

(その2) 昼間実施サービス及び施設入所支援に係る審査事項

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 (一般型)	就労移行支援 (資格取得型)	就労継続支援 (B型)	
	サービス単位						
	有						
	無						
実施する事業							
利用者の推定数 又は前年度の平均値							
昼間多機能の実施	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	昼間の総定員数(人)				
生活介護を行う場合		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			
利用者の推定数 又は前年度の平均値	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	利用者の推定数 又は前年度の平均値	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	※適合の可否		
居室	1室の最大定員	人	人	人以下			
	入所者1人当たりの最小床面積	平方メートル	平方メートル	平方メートル			
廊下	廊下の幅	メートル	メートル	メートル			
	中廊下の幅	メートル	メートル	メートル			
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		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 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ある条例等				第	条第	項第	号
短期入所の実施		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無				
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						
	その他の						

- 注1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。
- 2 「実施する事業」の欄は、実施するサービスについて、該当する欄に○を記入すること。
- 3 「利用者の推定数又は前年度の平均値」の欄は、更新申請の場合にあつては、前年度の平均利用者数を記入すること。
- 4 □のある欄は、該当する□の中にレ印を付すること。
- 5 ※印の欄は、記入しないこと。
- 6 「経過措置」とは、既存の障害者施設から移行する場合にあつては、松山市指定障害者支援施設の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例(平成24年松山市条例第61号)附則第2項から第9項までの規定の適用の有無をいうものであること。
- 7 「その他の費用」の欄は、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容及びその費用について記入すること。
- 8 「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。
- 9 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13

(その3) 従業員の職種及び員数に係る審査事項

枚中

枚目

施設名			従業者の職種及び員数												
施設障害福祉サービスの種類			従業者の職種及び員数												
1	<input type="checkbox"/> 生活介護（サービス単位__） <input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練） <input type="checkbox"/> 自立訓練（生活訓練）		サービス管理責任者	医師	看護職員										
					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)												
	※適合の可否														
				理学療法士等						生活支援員					
				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
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															
2	<input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 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	生活支援員									
						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)												
	※適合の可否														
	3	<input type="checkbox"/> 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								
				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)													

- 注1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。
- 2 □のある欄は、該当する□の中にレ印を付すること。
- 3 ※印の欄は、記入しないこと。
- 4 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にあっては、サービス単位ごと）に、従事する職員数を記入すること。
- 5 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、複数枚に分けて記入すること。

別紙14の1 一般相談支援事業者の指定に係る審査事項

(地域移行支援事業 地域定着支援事業)

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	
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
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 - )
	氏名					
	生年月日	年	月	日		
	当該事業所における相談支援専門員との兼務の有無					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	他の事業所、施設等の職務との兼務(兼務の場合のみ記入すること。)		名称			
		兼務する職務及び勤務時間等				
相談支援専門員	フリガナ				住所	(郵便番号 - )
	氏名					
	生年月日	年	月	日		
事業開始時の利用者の予定数		人				
従業者の職種及び員数		相談支援専門員				
		専従		兼務		
		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						
常時の連絡体制(地域定着支援の場合のみ記入すること。)						
主な揭示事項	営業日					
	営業時間					
	主たる対象者	<input type="checkbox"/> 特定なし <input type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 障害児 <input type="checkbox"/> 精神障害者 <input type="checkbox"/> 難病患者等				
	利用料					
	その他の費用					
	通常の事業実施地域					
	地域移行支援又は地域定着支援に従事する者の有する資格、経験年数及び勤務の体制					
他に指定を受け、又は受けようとする相談支援事業		<input type="checkbox"/> 特定相談支援事業		<input type="checkbox"/> 障害児相談支援事業		

注1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。

2 のある欄は、該当するの中にレ印を付すること。

3 ※印の欄は、記入しないこと。

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、利用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、市町名を記載することとし、当該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  
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 指定相談支援サービス以外のサービスを実施する場合は、当該指定相談支援サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況  
が分かる料金表を添付すること。

9 「兼務」には、指定特定相談事業所又は児童福祉法(昭和22年法律第164号)第24条の31の規定に基づく指定障害児相談支援  
事業所との兼務は、含まないものとする。

10 「常時の連絡体制」の欄は、営業時間外における事業所の人員体制及び利用者との連絡体制を含め、具体的に記載すること。

11 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
- (3) 事業所の管理者及び相談支援専門員の経歴を記載した書類
- (4) 運営規程
- (5) 利用者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) 当該申請に係る事業に係るサービス利用計画作成費の請求に関する事項を記載した書類
- (8) 就業規則及び賃金規程
- (9) 指定障害福祉サービスの主たる対象者を特定する場合は、その理由を記載した書類
- (10) 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）第51条の19第2項において準用する同法第36条第3項各号（第4号、第10号及び第13号を除く。）に該当しないことを誓約する書面

別紙14の2 特定相談支援事業者及び障害児相談支援事業者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		
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	
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 - )	
	氏名					
	生年月日	年 月 日				
	当該事業所における相談支援専門員との兼務の有無				<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	他の事業所又は施設の従業者との兼務（以下、有の場合記載）				<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
他の事業所、施設等の職務との兼務（兼務の場合のみ記入すること。）		名 称				
		兼務する職務及び勤務時間等				
相談支援専門員	フリガナ			住所	(郵便番号 - )	
	氏名					
	生年月日	年 月 日				
事業開始時の利用者の予定数		人				
従業者の職種及び員数		相談支援専門員				
		専従	兼務	専従	兼務	
		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						
総合的施設な体制の支援	事業の主たる対象とする障害の種類等の有無		有・無			
	主たる対象としていない者への対応体制					
	医療機関や行政との連携体制					
	計画的な研修又は当該事業所における事例の検討等を行う体制					
主な揭示事項	営業日					
	営業時間					
	主たる対象者	<input type="checkbox"/> 特定なし <input type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 障害児 <input type="checkbox"/> 精神障害者 <input type="checkbox"/> 難病患者等				
	利用料					
	その他の費用					
通常の事業実施地域						

注1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。

2 のある欄は、該当するの中にレ印を付すること。

3 ※印の欄は、記入しないこと。

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、利用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、市町名を記載することとし、当該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 指定相談支援サービス以外のサービスを実施する場合は、当該指定相談支援サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かる料金表を添付すること。

9 「兼務」には、指定特定相談事業所又は児童福祉法（昭和22年法律第164号）第24条の31の規定に基づく指定障害児相談支援事業所との兼務は、含まないものとする。

10 「常時の連絡体制」の欄は、営業時間外における事業所の人員体制及び利用者との連絡体制を含め、具体的に記載すること。

11 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

- (3) 事業所の管理者及び相談支援専門員の経歴を記載した書類
- (4) 運営規程
- (5) 利用者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) 当該申請に係る事業に係るサービス利用計画作成費の請求に関する事項を記載した書類
- (8) 就業規則及び賃金規程
- (9) 指定障害福祉サービスの主たる対象者を特定する場合は、その理由を記載した書類
- (10) 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）第51条の19第2項において準用する同法第36条第3項各号（第4号、第10号及び第13号を除く。）に該当しないことを誓約する書面