付表３

医療型児童発達支援事業所

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | |  | | | | | |
| E-mail | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 当該支援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 | | | | | | | | | |
| 管理者 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | (郵便番号　　　　―　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 当該医療型児童発達支援事業所で兼務する他の職務（兼務の場合記入） | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 兼務する同一敷地内の他の事業所  又は施設(兼務の場合記入) | | | | | | | | | | 事業所等の名称 | | | | |  | | | | | | | | |
| 兼務する他の職種及び勤務時間等 | | | | |  | | | | | | | | |
| 児童発達支援  管理責任者 | | | フリガナ | | |  | | | | | | | | | 生年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | | | |
| 氏名 | | |  | | | | | | | | |
| 住所 | | | (郵便番号　　　　―　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 併設する施設の名称及び概要 | | | | | 名称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 概要 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者の推定数 | | | | | | | | | 人 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる対象者  （該当するものに丸） | | | | | | | | | 肢体不自由児・重症心身障害児 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 従業者の職種・員数 | | | | | | | | 児童発達支援管理責任者 | | | | 児童指導員 | | | | | 保育士 | | | | | 医師 | | |
| 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) | | | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  |
| 備考 | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |
| 基準上の必要人数(人) | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | 理学療法士 | | | | 作業療法士 | | | | | 看護師 | | | | | 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) | | | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  |
| 備考 | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |
| 基準上の必要人数(人) | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |
| 設置部分等  (設置部分を○で囲む。) | | | | | | | | 医療法に規定する診療所として必要な設備　指導訓練室　屋外訓練場  相談室　調理室　身体の機能の不自由を助ける設備 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主な掲示事項 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 営業日 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 営業時間 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | サービスの提供時間  (送迎時間を除く） | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用定員 | | | | | | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用料 | | | | | | 厚生労働大臣の定める額 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | している・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の有無 | | | | | | | | 有・無 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 多機能型実施の有無 | | | | | | | | 有・無 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | | | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | |

　備考

　　1　「併設する施設の名称及び概要」欄には、併設する施設の名称及び提供するサービスの内容等を記入すること

　　2　「基準上の必要人数」欄には、記入しないこと。

　　3　「その他の費用」欄には、障害児又は保護者等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入すること。

　　4　「その他」欄には、その内容を簡潔に記入すること。

　　5　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか、又は別葉に記載した書類を添付すること。

　　6　添付書類

　　　(1)　定款、寄附行為等及び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条の許可を受けた診療所であることを証する書面

　　　(3)　建物の構造概要及び平面図(各室の用途を明示するものとする。)並びに設備の概要を記載した書面

　　　(4)　管理者の経歴を記載した書面

　　　(5)　児童発達支援管理責任者の経歴を記載した書面

　　　(6)　運営規程

　　　(7)　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面

　　　(8)　従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書面

　　　(9)　当該申請に係る事業に係る資産の状況を記載した書面(貸借対照表、財産目録等)

　　　(10)　当該申請に係る事業に係る障害児通所給付費の請求に関する事項を記載した書面

　　　(11)　申請者の事業所の外観及び室内を写した写真等

　　　(12)　児童福祉法第21条の５の15第２項各号に掲げる事由に該当しない旨の誓約書

　　　(13)　障害児通所給付費の算定に係る体制等に関する届出書

　　　(14)　その他指定に関し必要と認める事項を記載した書面