付表３（用紙　日本工業規格Ａ４縦型）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ※受付番号 |  |

生活介護（共生型生活介護）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 当該事業の実施について規定されている定款、寄附行為等又は条例等の条文 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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　　　　-　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 当該生活介護事業所で兼務する他の職務(兼務の場合記入) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 兼務する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 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| サービス  管理責任者 | | | | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 氏名 | | |  | | | | | | | | | | |
| 住所 | | | （郵便番号　　　　-　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 従業者の職種及び員数 | | | | | | | 医師 | | | | サービス管理責任者 | | | | | | 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) | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | |
|  | | | | | | 生活支援員 | | | | 機能訓練指導員 | | | | | | 精神保健福祉士 | | | | | | | 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) | |  |  | | |  | | | |  | |  | | | | |  | |  | | | |  | |
| 常勤換算後の人数(人) | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |
| ※基準上の必要人数(人) | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |
| 前年度の平均利用者数（人） | | | | | | | 施設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 | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |
| 主な掲示事項 | | 単位ごとの営業日 | | | | | ① | | | | | | | | | ② | | | | | | | | | ③ | | | | | | | |
| 単位ごとの営業時間  (送迎時間を除く｡) | | | | | ①：　時　分～　時　分 | | | | | | | | | ②：　時　分～　時　分 | | | | | | | | | ③：　時　分～　時　分 | | | | | | | |
| 単位ごとの利用定員 | | | | | ①：　　　　　　　　人 | | | | | | | | | ②：　　　　　　　　人 | | | | | | | | | ③：　　　　　　　　人 | | | | | | | |
| ※基準上の利用定員 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる対象者  （該当するものに丸） | | | | | 特定無し・身体障害者（細分無し、肢体不自由、視覚障害、聴覚・言語障害、  内部障害）・知的障害者・精神障害者・指定難病 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 多機能型実施の有無 | | | | | 有　　・　　無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業の実施地域 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 協力医療機関 | | | | | | | 名称 | | |  | | | | | | | | | | | | 主な診療科名 | | | |  | | | | | | |
| 従たる事業所の設置の有無 | | | | | | | 有　・　無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考

　１　従たる事業所がある場合は、付表３の２についても記入すること。

　２　※印欄には、記入しないこと。

　３　新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入すること。

　４　「通常の事業の実施地域」欄には、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、市町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。

　５　「その他の費用」欄には、入浴に係る光熱水費、食材料費、創作的活動に係る材料費等について記入すること。

　６　「その他」欄には、その内容を簡潔に記入すること。

　７　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。

　８　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)　事業所の平面図（各室の用途を明示するものとする。）及び設備の概要を記載した書面

　　(3)　事業所の管理者の経歴を記載した書面

　　(4)　事業所のサービス管理責任者の経歴を記載した書面

　　(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面

　　(7)　従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書面

　　(8)　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）

　　(9)　協力医療機関との契約の内容を記載した書面

　　(10)　当該申請に係る事業に係る介護給付費の請求に関する事項を記載した書面

　　(11)　障害者総合支援法第36条第３項の規定による指定をしてはならない事由に該当しない旨の誓約書

　　(12)　役員の氏名、生年月日及び住所を記載した書面

　　(13)　事業所の所在地がわかる地図

　　(14)　申請者の事業所の外観を写した写真等

　　(15)　障害福祉サービスの主たる対象者を特定する理由書（主たる対象者を特定する場合）

　　(16)　介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書

　　(17)　その他指定に関し必要と認める事項を記載した書面

付表３の２（用紙　日本工業規格Ａ４縦型）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ※受付番号 |  |

生活介護（従たる事業所で実施する場合）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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規定されている定款、寄附行為等又は条例等の条文 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 第　　条　第　　項　第　　号 | | | | | | | | | |
| サービス  管理責任者 | | | フリガナ | |  | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | |
| 住所 | | （郵便番号　　　　-　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 従業者の職種及び員数 | | | | | 医師 | | | | サービス管理責任者 | | | | | 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) | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | |
|  | | | | 生活支援員 | | | | 機能訓練指導員 | | | | | 精神保健福祉士 | | | | | | | | 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) | |  |  | | |  | |  | | |  | | | | | |  | |  | | | |  | |
| 常勤換算後の人数(人) | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |
| ※基準上の必要人数(人) | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |
| 前年度の平均利用者数（人） | | | | | 施設が申告する障害程度区分の平均値 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |
| 主な掲示事項 | 単位ごとの営業日 | | | | ① | | | | | | | | ② | | | | | | | | | | | ③ | | | | | | |
| 単位ごとの営業時間(送迎時間を除く｡) | | | | ①：　時　分～　時　分 | | | | | | | | ②：　時　分～　時　分 | | | | | | | | | | | ③：　時　分～　時　分 | | | | | | |
| 単位ごとの利用定員 | | | | ①：　　　　　　　　人 | | | | | | | | ②：　　　　　　　　人 | | | | | | | | | | | ③：　　　　　　　　人 | | | | | | |
| ※基準上の利用定員 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる対象者 | | | | 特定無し・身体障害者（細分無し、肢体不自由、視覚障害、聴覚・言語障害、  内部障害）・知的障害者・精神障害者・指定難病 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 多機能型実施の有無 | | | | 有　　・　　無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業の実施地域 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 協力医療機関 | | | | | 名称 | |  | | | | | | | | | | 主な診療科名 | | | | | |  | | | | | | | |
| 添付書類 | | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考

　１　※印欄には、記入しないこと。

　２　新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入すること。

　３　「通常の事業の実施地域」欄には、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、市町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。

　４　「その他の費用」欄には、食材料費、創作的活動に係る材料費等について記入すること。

　５　「その他」欄には、その内容を簡潔に記入すること。

　６　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。

　７　添付書類

　　(1)　事業所の平面図（各室の用途を明示するものとする。）及び設備の概要を記載した書面

　　(2)　事業所のサービス管理責任者の経歴を記載した書面

　　(3)　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面

　　(4)　従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書面

　　(5)　協力医療機関との契約の内容を記載した書面

　　(6)　事業所の所在地がわかる地図

　　(7)　申請者の事業所の外観を写した写真等

　　(8)　障害福祉サービスの主たる対象者を特定する理由書（主たる対象者を特定する場合）

　　(9)　その他指定に関し必要と認める事項を記載した書面