付表５（用紙　日本工業規格Ａ４縦型）

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

重度障害者等包括支援

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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　　　　-　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 当該指定居宅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  提供責任者 | | フリガナ |  | | | | | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | |
| 住所 | （郵便番号　　　　-　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | |
| 住所 | （郵便番号　　　　-　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の体制 | 他に指定を受けている障害福祉サービス | | 種類 | | | | | | | 事業所名 | | | | | | | 事業所番号 | |
|  | | | | | | |  | | | | | | |  | |
|  | | | | | | |  | | | | | | |  | |
| 委託による提携事業所 | | 種類 | | | 事業所名 | | | | | 事業所番号 | | | | 所在地 | | | |
|  | | |  | | | | |  | | | |  | | | |
|  | | |  | | | | |  | | | |  | | | |
| 協力体制を有する医療機関 | | 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者からの連絡対応体制の概要 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主な掲示事項 | 主たる対象者 | | 特定無し・Ⅰ類型・Ⅱ類型・Ⅲ類型 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者数 | | 人 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用料 | | 厚生労働大臣の定める額 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | 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 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 一体的に管理運営を行う他の事業所 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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　「他に指定を受けている障害福祉サービス」欄には、重度障害者等包括支援以外に指定を受けているものに

ついて記入すること。

　３　「委託による提携事業所」欄には、第三者に委託して提供する障害福祉サービスについて記入すること。

　４　「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記入すること。

　５　「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。

　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

　　(3)　事業所の管理者の経歴を記載した書面

　　(4)　事業所のサービス提供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)　医療機関との協力体制の概要を記載した書面

　　(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