

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   | FAX番号  |                                    |           |
| 管理者   | フリガナ                                   |  |  | 住所                                 | (郵便番号 - ) |
|   | 氏名                                     |  |  |                                    |           |
|   | 生年月日                                   |  |  | 当該事業所で兼務する他の職務<br>(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<br>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                                   |  |  |                                    |           |
| 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   |                                    | 協力体制の概要   |
| 利用者からの連絡対応体制の概要                                 |  |  |  |                                    |           |
| 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 |
|   | その他                                    | 窓口(連絡先)  |  | 担当者                                |           |

注1 用紙の大きさは、日本産業規格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器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。
- 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業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            |  |  |        |       | (郵便番号 - ) |
|                                       | 氏名              |  |  | 住所     |       |           |
|                                       | 生年月日            |  |  |        |       |           |
| 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 |       |           |
|                                       | 協力体制の概要         |  |  |        |       |           |
| 利用者からの連絡対応体制の概要                       |                 |  |  |        |       |           |
| 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、日本産業規格A4とすること。

- 2 「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。
- 3 「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。
- 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 「主たる対象者」の欄は、気管切開を伴う人工呼吸器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。
- 6 のある欄は、該当するの中にレ印を付すること。
- 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。
- 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業に記載して添付すること。
- 11 次に掲げる書類を添付すること。
  - (1) 事業所の平面図
  - (2) 事業所のサービス提供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