

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								
事業所	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				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					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								
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	
	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"/> 知的障害者		<input type="checkbox"/> 精神障害者	<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
	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葉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) 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訓練等給付費の請求に関する事項を記載した書類
 - (10) 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
 - (11) 障害者自立支援法(平成17年法律第123号)第36条第3項第1号から第3号まで、第5号から第7号まで、第9号及び第10号に該当しないことを誓約する書面

(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					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								
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		専従		専従		専従		
	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)								
利用定員	人								
※基準上の必要定員	人								
主な揭示事項	主たる対象者	□特定なし		□身体障害者					
		□知的障害者		□細分なし		□肢体不自由	□視覚障害	□聴覚・言語	□内部障害
		□精神障害者							
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								
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 氏 名			住 所	(郵便番号 -)			
	(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"/> 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"/> 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	
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	児童デイサービス	自立訓練	自立訓練	就労移行支援	就労移行支援	就労継続支援	就労継続支援
	サービス単位	サービス単位	(機能訓練)	(生活訓練)	(一般型)	(資格取得型)	(A型)	(B型)
主たる事業所		有	無					
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	児童デイサービス	自立訓練	自立訓練	就労移行支援	就労移行支援	就労継続支援
				(機能訓練)	(生活訓練)	(一般型)	(資格取得型)	(A型)
								(B型)
計								
主たる事業所								
従たる事業所								

従業者の職種及び員数																		
計	事業所	その他の事業所	サービス管理責任者		医師				看護職員									
			計		専従		兼務		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		
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																	
計	事業所	その他の事業所	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																	
計	事業所	その他の事業所	職業指導員				就労支援員											
			計		兼教官以外		兼教官		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				
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 生活介護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。

6 児童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、障害者自立支援法に基づき障害福祉サービス事業の設備及び運営に関する基準(平成18年厚生労働省令第174号)第89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。

8 ※印の欄は、記入しないこと。

9 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。

10 多機能型事業を実施する場合は、各審査事項とこの総括表を併せて提出すること。

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 -)												
	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													
	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 の職務との兼務 (兼務の場合のみ記入すること。)													
事業所の名称														
兼務する職務及び勤務時間等														
当該施設の設置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														
サービス管理責任者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)									
	氏 名													
施設障害福祉サービスの種類							利用者の推定数(人)							
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 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無														
併設施設の定員(人) 併設施設の種別														
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							
			専従	兼務	専従	兼務	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
	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							
			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"/> 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											
	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											
			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、障害者自立支援法に基づく障害者支援施設の設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第177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業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) 設置者の定款又は寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等
 - (2) 建物の構造概要及び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) 障害者自立支援法（平成17年法律第123号）第38条第3項において準用する同法第36条第3項第1号から第3号まで、第5号から第7号まで、第9号及び第10号に該当しないことを誓約する書面

(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 (A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		□有 □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	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			
廊下	廊下の幅	メートル		メートル			
	中廊下の幅	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		□有 □無					
特定旧法受給者数(人)							
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
短期入所の実施		□有 □無					
主な 掲 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							

- 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っては、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っては、障害者自立支援法に基づく指定障害者支援施設等の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第172号）附則第2条から第20条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、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。
- 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。

(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											
				計	理学療法士		作業療法士		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	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
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 □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つては、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 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		
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	(郵便番号 -)			
	氏 名	住 所			
	生年月日				
	当該相談支援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				
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					
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			
	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。
- 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 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
 - (9) 就業規則及び賃金規程
 - (10) 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
 - (11) 障害者自立支援法 (平成17年法律第123号) 第40条において準用する同法第36条第3項第1号から第3号まで、第5号から第7号まで、第9号及び第10号に該当しないことを誓約する書面

様式第3号(第2条関係) 指定障害福祉サービス事業者指定変更申請書

指定障害福祉サービス事業者指定変更申請書		年 月 日
愛媛県知事 様		主たる事務所の所在地
		申請者 名 称
		代表者の氏名 印
		事業番号
指定内容を変更する事業所		名 称
		所 在 地
		事業所の種類 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型
変 更 す る 事 項		変 更 の 内 容
		変 更 前 変 更 後
1	事業所の名称	
2	事業所の所在地	
3	申請者の名称	
4	主たる事務所の所在地	
5	代表者の氏名及び住所	
6	事業所の平面図	
7	事業所の設備の概要	
8	従業者の勤務の体制及び勤務形態	
9	利 用 定 員	
変 更 年 月 日		年 月 日

- 注1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。
 2 申請者が個人の場合にあつては、記名押印に代えて署名することができる。
 3 □のある欄は、該当する□の中に印を付すること。
 4 該当する項目の番号に○を付すること。
 5 記入欄が不足する場合は、別紙に記載して添付すること。
 6 変更前と変更後の記載を明らかにした書類を添付すること。
 7 当該申請事業に係る指定障害福祉サービス事業者(指定障害者支援施設・指定相談支援事業者)指定(更新)申請書(様式第2号)別紙を添付すること。

様式第4号(第2条関係) 指定障害者支援施設指定変更申請書

指定障害者支援施設指定変更申請書		年 月 日
愛媛県知事 様		主たる事務所の所在地 設置者 名 称 代表者の氏名 印
		事業者番号
指定内容を変更する施設		名 称
		設置の場所
変 更 す る 事 項		変 更 の 内 容
		変 更 前 変 更 後
1	施 設 の 名 称	
2	施 設 の 設 置 の 場 所	
3	設 置 者 の 名 称	
4	主 たる 事 務 所 の 所 在 地	
5	代 表 者 の 氏 名 及 び 住 所	
6	提 供 す る 施 設 障 害 福 祉 サ ー ビ ス (施設入所支援を除く。)の種類	
7	建物の構造概要(平面図を含む。)	
8	設 備 の 概 要	
9	利 用 者 の 推 定 数	
10	従業者の勤務の体制及び勤務形態(提供する 障害福祉サービスの種類ごとに明示すること。)	
11	入 所 定 員	
変 更 年 月 日		年 月 日

- 注1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。
 2 該当する項目の番号に○を付すること。
 3 記入欄が不足する場合は、別葉に記載して添付すること。
 4 変更前と変更後の記載を明らかにした書類を添付すること。