

別紙 7

(その1) 共同生活事業者(ケアホーム) の指定に係る審査事項
 共同生活援助事業者(グループホーム)

主たる事業所	フリガナ							
	名称							
	所在地	(郵便番号 -)						
管理者	連絡先	電話番号			FAX番号			
	フリガナ			住所	(郵便番号 -)			
	氏名							
管理者	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								
各事業の利用定員数	共同生活介護事業			各事業の利用者の推定数		共同生活介護事業		
	共同生活援助事業			又は前年度の平均値		共同生活援助事業		
サービス管理責任者	フリガナ							
	氏名	住所 (郵便番号 -)						
従業者の職種及び員数	サービス管理責任者		世話人		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							
居宅介護従業者の外部委託の予定	□有 (月 時間) □無							
障害者支援施設等との連携体制等	連携施設の種別及び名称							
	支援体制の概要							
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	
協力歯科医療機関	名称							

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 「主たる事業所」とは、複数の共同生活住居がある場合において、当該事業所からいずれの共同生活住居に対しても、おおむね30分程度で移動可能な範囲にある事業所をいう。

4 「各事業の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。

5 「従業者の職種及び員数」の欄は、複数の共同生活住居を一体として指定を受けようとする事業所については、総数を記入すること。

6 ※印の欄は、記入しないこと。

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 別紙7(その2)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) 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) 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) 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(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)

共同生活住居①	フリガナ			
	名 称			
	所在地	(郵便番号 -)		
	連絡先	電話番号		FAX番号
	グループホーム(ケアホーム)に供する建物の形態			
	住居区分	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> その他()		
	建物所有者名			
	賃貸借契約の内容	敷 金	礼 金	家賃(月額)
		契 約 期 間		
		賃貸料がない理由		
	住居の利用定員数	人	利用者の推定数	人
	居室数	室(うち個室 室)		
入居者1人当たりの居室の最小床面積			平方メートル	
主たる対象者	<input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 精神障害者			
利 用 料				
そ の 他 の 費 用				
共同生活住居②	フリガナ			
	名 称			
	所在地	(郵便番号 -)		
	連絡先	電話番号		FAX番号
	グループホーム(ケアホーム)に供する建物の形態			
	住居区分	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> その他()		
	建物所有者名			
	賃貸借契約の内容	敷 金	礼 金	家賃(月額)
		契 約 期 間		
		賃貸料がない理由		
	住居の利用定員数	人	利用者の推定数	人
	居室数	室(うち個室 室)		
入居者1人当たりの居室の最小床面積			平方メートル	
主たる対象者	<input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 精神障害者			
利 用 料				
そ の 他 の 費 用				
共同生活住居③	フリガナ			
	名 称			
	所在地	(郵便番号 -)		
	連絡先	電話番号		FAX番号
	グループホーム(ケアホーム)に供する建物の形態			
	住居区分	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> その他()		
	建物所有者名			
	賃貸借契約の内容	敷 金	礼 金	家賃(月額)
		契 約 期 間		
		賃貸料がない理由		
	住居の利用定員数	人	利用者の推定数	人
	居室数	室(うち個室 室)		
入居者1人当たりの居室の最小床面積			平方メートル	
主たる対象者	<input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 精神障害者			
利 用 料				
そ の 他 の 費 用				

- 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 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。

別紙7の2

(その1) 共同生活介護事業者(地域移行型ホーム)の指定に係る審査事項
共同生活援助事業者(地域移行型ホーム)

主たる事業所	フリガナ							
	名称							
	所在地	(郵便番号 -)						
管理者	連絡先	電話番号			FAX番号			
	フリガナ			住所	(郵便番号 -)			
	氏名							
管理者	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			
各事業の利用定員数	共同生活介護事業 (地域移行型ホーム)				各事業の利用者の推定数 又は前年度の平均値	共同生活介護事業 (地域移行型ホーム)		
	共同生活援助事業 (地域移行型ホーム)					共同生活援助事業 (地域移行型ホーム)		
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		世話人		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							
同一敷地内にある入所施設又は病院の名称及び所在地								
居宅介護従業者の外部委託の予定				□有 (月 時間)		□無		
障害者支援施設等との連携体制等	連携施設の種別及び名称							
	支援体制の概要							
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				
協力歯科医療機関名称								

- 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 「主たる事業所」とは、複数の共同生活住居がある場合において、当該事業所からいずれの共同生活住居に対しても、おおむね30分程度で移動可能な範囲にある事業所をいう。
 4 「各事業の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。
 5 「従業者の職種及び員数」の欄は、複数の共同生活住居を一体として指定を受けようとする事業所については、総数を記入すること。
 6 ※印の欄は、記入しないこと。
 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 当該申請に係る入所施設が、障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービス事業等の人員、設備及び運営に関する基準(平成18年厚生労働省令第171号)附則第7条第1項第2号に規定する精神障害者生活訓練施設、指定知的障害者通勤寮、知的障害者福祉ホーム及び旧精神障害者福祉ホーム以外の場合にあっては、当該申請に係る入所施設の入所定員又は病院の精神床数の減少計画を記載した書類を添付すること。
 9 別紙7の2(その2)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) 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) 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(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)

共同生活住居①	フリガナ			
	名 称			
	所在地	(郵便番号 -)		
	連絡先	電話番号		FAX番号
	地域移行型ホームに供する建物形態			
	住 居 区 分	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> その他 ()		
	建物所有者名			
	賃貸借契約の内容	敷 金	礼 金	家賃(月額)
		契 約 期 間		
		賃貸料がない理由		
	住居の利用定員数	人	利用者の推定数	人
	居 室 数	室 (うち個室 室)		
入居者1人当たりの居室の最小床面積			平方メートル	
主たる対象者	<input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 精神障害者			
利 用 料				
そ の 他 の 費 用				
共同生活住居②	フリガナ			
	名 称			
	所在地	(郵便番号 -)		
	連絡先	電話番号		FAX番号
	地域移行型ホームに供する建物形態			
	住 居 区 分	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> その他 ()		
	建物所有者名			
	賃貸借契約の内容	敷 金	礼 金	家賃(月額)
		契 約 期 間		
		賃貸料がない理由		
	住居の利用定員数	人	利用者の推定数	人
	居 室 数	室 (うち個室 室)		
入居者1人当たりの居室の最小床面積			平方メートル	
主たる対象者	<input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 精神障害者			
利 用 料				
そ の 他 の 費 用				
共同生活住居③	フリガナ			
	名 称			
	所在地	(郵便番号 -)		
	連絡先	電話番号		FAX番号
	地域移行型ホームに供する建物形態			
	住 居 区 分	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> その他 ()		
	建物所有者名			
	賃貸借契約の内容	敷 金	礼 金	家賃(月額)
		契 約 期 間		
		賃貸料がない理由		
	住居の利用定員数	人	利用者の推定数	人
	居 室 数	室 (うち個室 室)		
入居者1人当たりの居室の最小床面積			平方メートル	
主たる対象者	<input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 精神障害者			
利 用 料				
そ の 他 の 費 用				

- 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 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。

別紙7の3

(その1) 経過的居宅介護利用型共同生活介護事業者
 共同生活援助事業者(グループホーム) の指定に係る審査事項

主たる事業所	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							
	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								
各事業の利用定員数	経過的居宅介護利用型 共同生活介護事業 共同生活援助事業 (グループホーム)				各事業の利用者の推定数 又は前年度の平均値	経過的居宅介護利用型 共同生活介護事業 共同生活援助事業 (グループホーム)		
	フリガナ			住所	(郵便番号 -)			
サービス管理責任者	氏名							
			専従		兼務			
従業者の職種及び員数	サービス管理責任者		世話人		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		専従		兼務	
	専従		兼務		専従		兼務	
従業員数	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								
平成18年9月30日において、居宅介護(身体介護・家事援助・日常生活支援)を利用している利用者数 人								
障害者支援施設等との連携体制等	連携施設の種別及び名称							
	支援体制の概要							
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							

- 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 「主たる事業所」とは、複数の共同生活住居がある場合において、当該事業所からいずれの共同生活住居に対しても、おおむね30分程度で移動可能な範囲にある事業所をいう。
- 4 「各事業の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。
- 5 「従業者の職種及び員数」の欄は、複数の共同生活住居を一体として指定を受けようとする事業所については、総数を記入すること。
- 6 ※印の欄は、記入しないこと。
- 7 生活支援員又はサービス管理責任者を置かない場合にあっては、平成18年9月30日において、指定共同生活援助事業所に入居していた者のうち、居宅介護を利用していた者のサービス提供実績記録表の写しを添付すること。
- 8 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。
- 9 別紙7の3(その2)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) 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) 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(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)

共同生活住居①	フリガナ			
	名 称			
	所在地	(郵便番号 -)		
	連絡先	電話番号	FAX番号	
	経過的居宅介護利用型ケアホーム(グループホーム)に供する建物の形態			
	住居区分	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> その他()		
	建物所有者名			
	賃貸借契約の内容	敷金	礼金	家賃(月額)
		契約期間		
		賃貸料がない理由		
	住居の利用定員数	人		利用者の推定数
	居室数	室(うち個室 室)		
	入居者1人当たりの居室の最小床面積	平方メートル		
主たる対象者	<input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 精神障害者			
利用料				
その他の費用				
共同生活住居②	フリガナ			
	名 称			
	所在地	(郵便番号 -)		
	連絡先	電話番号	FAX番号	
	経過的居宅介護利用型ケアホーム(グループホーム)に供する建物の形態			
	住居区分	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> その他()		
	建物所有者名			
	賃貸借契約の内容	敷金	礼金	家賃(月額)
		契約期間		
		賃貸料がない理由		
	住居の利用定員数	人		利用者の推定数
	居室数	室(うち個室 室)		
	入居者1人当たりの居室の最小床面積	平方メートル		
主たる対象者	<input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 精神障害者			
利用料				
その他の費用				
共同生活住居③	フリガナ			
	名 称			
	所在地	(郵便番号 -)		
	連絡先	電話番号	FAX番号	
	経過的居宅介護利用型ケアホーム(グループホーム)に供する建物の形態			
	住居区分	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> その他()		
	建物所有者名			
	賃貸借契約の内容	敷金	礼金	家賃(月額)
		契約期間		
		賃貸料がない理由		
	住居の利用定員数	人		利用者の推定数
	居室数	室(うち個室 室)		
	入居者1人当たりの居室の最小床面積	平方メートル		
主たる対象者	<input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 精神障害者			
利用料				
その他の費用				

- 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 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。

別紙 8

(その1) 自立訓練(機能訓練)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 -)																	
管理者	連絡先	電話番号					FAX番号												
	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								
訪問事業の実施の有無											<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無								
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	従業者数		常勤(人)		サービス管理責任者		看護職員		理学療法士		作業療法士		訪問支援員						
			非常勤(人)		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務					
	常勤換算後の人数(人)																		
	※基準上の必要人数(人)																		
	※適合の可否																		
	従業者数		常勤(人)		機能訓練指導員		生活支援員												
			非常勤(人)		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務					
	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	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"/> 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					
				<input type="checkbox"/> 知的障害者				<input type="checkbox"/> 精神障害者											
利用定員				人															
※基準上の必要定員				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																			
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 「看護職員」とは、保健師、看護師及び准看護師のことをいう。

- 5 「従業者の職種及び員数」の欄において、「生活支援員」には、訪問支援員（利用者の居宅を訪問することにより指定自立訓練（機能訓練）を提供する生活支援員をいう。）を含めないこと。
- 6 「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。
- 7 「主な揭示事項」の欄は、その内容を簡潔に記入すること。
- 8 「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。
- 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、適宜地区を添付すること。
- 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葉に記載して添付すること。
- 11 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。
- 12 従たる事業所のある場合は、別紙8（その2）を併せて提出すること。
- 13 次に掲げる書類を添付すること。
 - (1) 申請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) 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																
	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
訪問事業の実施の有無												<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無			
サービス管理責任者	フリガナ																
	氏名					住所	(郵便番号 -)										
従業者の職種及び員数	サービス管理責任者		看護職員		理学療法士		作業療法士		訪問支援員								
	専従		専従		専従		専従		専従								
	兼務		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																
			機能訓練指導員		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)															
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		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	
	利用定員	人															
	※基準上の必要定員	人															
	利用料																
	その他の費用																
	通常の実施地域																
	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											
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 「看護職員」とは、保健師、看護師及び准看護師のことをいう。
- 5 「従業者の職種及び員数」の欄において、「生活支援員」には、訪問支援員（利用者の居宅を訪問することにより指定自立訓練（機能訓練）を提供する生活支援員をいう。）を含めないこと。
- 6 「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。
- 7 「主な揭示事項」の欄は、その内容を簡潔に記入すること。
- 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。
- 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 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。
- 12 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) 当該申請に係る事業に係る協力医療機関との契約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 9

(その1) 自立訓練(生活訓練)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 -)															
管理者	連絡先	電話番号					FAX番号										
	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。)													
利用者	他の事業所、施設等		事業所等の名称														
	の職務との兼務		兼務する職務及び														
	(兼務の場合のみ記入すること。)		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
訪問事業の実施の有無												<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無			
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		生活支援員		看護職員		訪問支援員		地域移行支援員							
		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																
利用者の推定数又は前年度の平均値		(人)															
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"/> 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									
			<input type="checkbox"/> 知的障害者		<input type="checkbox"/> 精神障害者												
	利用定員	人															
	※基準上の必要定員	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																
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 「看護職員」とは、保健師、看護師及び准看護師のことをいう。
 5 「従業者の職種及び員数」の欄において、「生活支援員」には、訪問支援員(利用者の居宅を訪問することにより指定自立訓練(機能訓練)を提供する生活支援員をいう。)を含めないこと。
 6 「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。
 7 「主な揭示事項」の欄は、その内容を簡潔に記入すること。
 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。
 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 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。
 12 従たる事業所のある場合には、別紙9(その2)を併せて添付すること。
 13 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
訪問事業の実施の有無												<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
サービス管理責任者	フリガナ氏 名					住所	(郵便番号 -)					
従業者の職種及び員数	サービス管理責任者		生活支援員		看護職員		訪問支援員		地域移行支援員			
	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												
利用者の推定数又は前年度の平均値 (人)												
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"/> 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 定 員	人										
	※ 基準上の必要定員	人										
	利 用 料											
	そ の 他 の 費 用											
	通常の実施地域											
	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						
協 力 医 療 機 関		名 称				主 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 「看護職員」とは、保健師、看護師及び准看護師のことをいう。
- 5 「従業者の職種及び員数」の欄において、「生活支援員」には、訪問支援員（利用者の居宅を訪問することにより指定自立訓練（機能訓練）を提供する生活支援員をいう。）を含めないこと。
- 6 「利用者の推定数又は前年度の平均値」の欄は、更新申請にあつては、前年度の平均利用者数を記入すること。
- 7 「主な揭示事項」の欄は、その内容を簡潔に記入すること。
- 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。
- 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葉に記載して添付すること。
- 11 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。
- 12 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) 当該申請に係る事業に係る協力医療機関との契約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10

(その1) 就労移行支援事業者の指定に係る審査事項

(一般型 資格取得)

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																				
管理者	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																					
サービス管理責任者	フリガナ					住所	(郵便番号 -)														
従業者の職種及び員数	サービス管理責任者	専従		兼務		職業指導員	専従		兼務		生活支援員	専従		兼務		就労支援員	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	□特定なし		□細分なし		□肢体不自由		□身体障害者		□視覚障害		□聴覚・言語		□内部障害							
	利用料 その他の費用	□知的障害者		□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											□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							
協力医療機関		名称						主な診療科名													
提携就労支援機関																					

- 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 「提携就労支援機関」の欄は、就労支援ネットワーク名及びネットワーク内の就労支援機関名を記入すること。
 8 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。
 9 従たる事業所のある場合は、別紙10(その2)を併せて添付すること。
 10 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。
 11 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													
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		就労支援員				
			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													
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		<input type="checkbox"/> 身体障害者									
		<input type="checkbox"/> 知的障害者		<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					
				<input type="checkbox"/> 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		<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							
提携就労支援機関													

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っては、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 「提携就労支援機関」の欄は、就労支援ネットワーク名及びネットワーク内の就労支援機関名を記入すること。

8 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。

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) 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