

別紙 1

(その1) 居宅介護事業者等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		F A X 番号		
	フリガナ		住所	(郵便番号 —)	
管理者	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。)				
	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			
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	
サービス提供者責任者	フリガナ		住所	(郵便番号 —)	
	氏名				
従業者の職種及び員数	居宅介護事業等従業者				
			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	営業日				
	営業時間				
	事業内容		<input type="checkbox"/> 居宅介護 【 <input type="checkbox"/> 身体介護 (<input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> 通院介助) <input type="checkbox"/> 家事援助 (<input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 通院介助) <input type="checkbox"/> 乗降介助 】 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 行動援護		
	主たる対象者	居宅介護	<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		
		重度訪問介護	<input type="checkbox"/> 特定なし <input type="checkbox"/> 加算対象者以外		
		行動援護	<input type="checkbox"/> 特定なし <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、日本工業規格A4とすること。
 2 「従業者数」の欄は、出張所がある場合にあっては、出張所に勤務する職員も含めて記入し、別紙1(その2)を添付すること。
 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 「事業内容」の欄は、複数の種類のサービスを実施する場合にあっては、そのすべてのサービスにレ印を付し、この様式にまとめて提出すること。
 6 のある欄は、該当するの中にレ印を付すること。
 7 「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。

- 8 「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。
- 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。
- 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
 - (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介護給付費の請求に関する事項を記載した書類
 - (9) 指定障害福祉サービスの主たる対象者を特定する場合にあつては、その理由を記載した書類
 - (10) 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) 出張所用の審査事項

事業所	フリガナ						
	名称						
	所在地	(郵便番号 —)					
主な 掲示 事項	連絡先	電話番号			FAX番号		
	営業日						
	営業時間						
	事業内容	<input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 身体介護 (<input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> 通院介助) <input type="checkbox"/> 家事援助 (<input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 通院介助) <input type="checkbox"/> 乗降介助 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 行動援護					
	主たる対象者	居宅介護	<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
		重度訪問介護	<input type="checkbox"/> 特定なし	<input type="checkbox"/> 加算対象者以外			
		行動援護	<input type="checkbox"/> 特定なし	<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、日本工業規格A4とすること。

2 「主な掲示事項」の欄は、その内容を簡潔に記入すること。

3 「事業内容」の欄は、複数の種類のサービスを実施する場合にあつては、そのすべてのサービスにレ印を付し、この様式にまとめて提出すること。

4 のある欄は、該当するの中にレ印を付すること。

5 「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。

別紙2 療養介護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							
	氏名			住所		(郵便番号 -)		
	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							
管理責任者	フリガナ						(郵便番号 -)	
	氏名				住所			
従業者の職種及び員数	サービス管理責任者		医 師		看護師		准看護師	
	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								
従業者の職種及び員数	看護補助者		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(単位ごとの定員) (① ②)						
※基準上の必要定員		人						
主な設置部分		多目的室(ダイルム)		<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無		
利 用 料								
そ の 他 の 費 用								
主な 掲 示 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			
	その他参考となる事項		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 「主な掲示事項」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 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) 医療法(昭和23年法律第205号)第7条の許可を受けた病院であることを証する書類
 (3) 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
 (4) 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
 (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類
 (7) 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
 (8) 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)
 (9) 当該申請に係る事業に係る介護給付費及び療養介護医療費の請求に関する事項を記載した書類
 (10) 障害者自立支援法(平成17年法律第123号)第36条第3項第2号から第11号までに該当しないことを誓約する書面

別紙 3

(その1) 生活介護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											
	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								
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		医 師		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)												
※適合の可否												
従業者の職種及び員数	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		
	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	施設が申告する障害程度区分の平均値											
	(人)	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										
主な揭示事項	営業日	単位ごとの営業日										
	営業時間	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く。)(① : ~ : ② : ~ :)										
	主たる対象者	□特定なし		□身体障害者								
				□細分なし	□肢体不自由	□視覚障害	□聴覚・言語	□内部障害				
			□知的障害者		□精神障害者							
	利用定員	人(単位ごとの定員)(① ②)										
	※基準上の必要定員	人										
	多機能型実施の有無	□ 有 □ 無										
	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 A 4 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 「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 「主な掲示事項」の欄は、その内容を簡潔に記入すること。
- 6 □のある欄は、該当する□の中にレ印を付すること。
- 7 「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。
- 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葉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 3（その 2）を併せて提出すること。
- 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にあつては、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	従業者数	常勤(人)	サービス管理責任者	医師	看護職員	理学療法士	作業療法士		
		非常勤(人)	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従
	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							
従業者の職種及び員数	従業者数	常勤(人)	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
		非常勤(人)	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								
	機能訓練指導員	生活支援員							
利用者の推定数又は前年度の平均値	(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							
主な揭示事項	営業日	単位ごとの営業日							
	営業時間	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く) (① : ~ : ② : ~ :)							
	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						
	利用定員	人(単位ごとの定員) (① ②)							
	※基準上の必要定員								
	多機能型実施の有無	□有 □無							
	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				
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 「看護職員」とは、保健師、看護師及び准看護師のことをいう。
- 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っては、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 □のある欄は、該当する□の中にレ印を付すること。
- 7 「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。
- 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。

別紙4 児童デイサービス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									
	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。)									
	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								
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		指導員		保育士				
		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 掲 示 事 項	営 業 日	単位ごとの営業日								
	営 業 時 間	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く。) (① : ~ : ② : ~ :)								
	利 用 定 員	人 (□小規模 □標準 □大規模) 人(単位ごとの定員) (① ②)								
	利 用 料									
	そ の 他 の 費 用									
	実 施 サ ー ビ ス	送 迎 サ ー ビ ス	□ 有 □ 無							
	設 備 部 分	指 導 訓 練 室	□ 有 □ 無							
	通常	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	□実施している □実施していない							
		苦情解決の措置の概要	窓口(連絡先)			担当者				
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 ※印の欄は、記入しないこと。

3 「主な掲示事項」の欄は、その内容を簡潔に記入すること。

4 □のある欄は、該当する□の中にレ印を付すること。

5 「その他の費用」の欄は、食事の提供に要する費用等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 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) 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
- (9) 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

別紙 5 短期入所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					F A X 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。)																	
	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										
事業所の種別		<input type="checkbox"/> 空床型 <input type="checkbox"/> 併設型 <input type="checkbox"/> 単独型			併設型 の場合		利 用 定 員 数 (人)				利 用 者 の 推 定 数 (人)							
併設(本体)施設		名称																
施設種別等						併設(本体)施設の入所定員(人)												
単独型事業所の居室		1室の最大定員(人)							入所者1人あたりの最小床面積			平方メートル						
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			医師		看護職員								心理判定員		職能判定員			
					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	
			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			計		理学療法士等						あん摩 マッサージ 指圧師		生活支援員		職業指導員			
					理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員									
			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																
従業者の職種及び員数			就労支援員		介護職員		児童指導員		保育士		精神保健福祉士							
															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)																
		※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"/> 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																	
	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			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 「事業所の種別」の欄において、「併設型」とは、障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、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。以下「基準省令」という。）第115条第1項に規定する併設事業所（以下「併設事業所」という。）として事業を行う場合をいい、「空床型」とは、障害者自立支援法（平成17年法律第123号。以下「法」という。）第5条第8項に規定する施設であって、その全部又は一部が入所者に利用されていない居室を利用して指定短期入所の事業を行う場合をいう。

3 □のある欄は、該当する□の中にレ印を付すること。

4 「利用定員数」の欄は、併設事業所の定員を記入すること。

5 ※印の欄は、記入しないこと。

6 「主な掲示事項」の欄は、その内容を簡潔に記入すること。

7 「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。

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葉に記載して添付すること。

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) 建物の構造概要及び平面図（当該申請に係る事業を併設事業所において行う場合にあっては、基準省令第117条第2項に規定する併設本体施設の平面図を含む。）並びに設備の概要を記載した書類
- (3) 事業所の管理者の経歴を記載した書類
- (4) 運営規程
- (5) 利用者等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) 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

別紙 6

(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 -)			
管理者	連絡先	電話番号	F A X 番号		
	フリガナ				
	氏 名	住所	(郵便番号 -)		
事業所の体制	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。)				
	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		
	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				
サービス提供責任者	フリガナ	住所 (郵便番号 -)			
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 名称 所在地		事業所番号
	委託による提携事業所	種類	事業所 名称 所在地		事業所番号
	協力医療機関との協力体制等	名称	主な診療科名		
	利用者からの連絡対応体制の概要	協力体制の概要			
	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			
主な揭示事項	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 「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機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15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 出張所又は従たる事業所のある場合は、別紙6(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介護給付費の請求に関する事項を記載した書類
 - (9) 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) 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			F A X 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						
サービス提供責任者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)	
	氏名					
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		
利用者からの連絡対応体制の概要	協力体制の概要					
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、日本工業規格A4とすること。

- 「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。
- 「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つては、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。
- 「主な揭示事項」の欄は、その内容を簡潔に記入すること。
- 「主たる対象者」の欄は、気管切開を伴う人工呼吸機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15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。
- のある欄は、該当するの中にレ印を付すること。
- 「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。
- 「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。
- 「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。
- 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。
- 次に掲げる書類を添付すること。
 - 事業所の平面図
 - 事業所のサービス提供責任者の経歴を記載した書類
 - 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