

<h1>高知県公報</h1>	発行
	高知県 高知市丸ノ内 一丁目2番20号
	発行日 毎週2回 (火曜日・金曜日)

目次

規 則	ページ
◎高知県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施行細則の一部を改正する規則	1

規 則

高知県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施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成30年4月1日

高知県知事 尾崎 正直

高知県規則第42号

高知県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施行細則の一部を改正する規則

高知県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施行細則（平成18年高知県規則第111号）の一部を次のように改正する。

第2条第1項中「並びに省令第34条の7から第34条の9まで及び第34条の11から第34条の19まで」、「及び省令第34条の24」及び「及び省令第34条の57」を削り、同条第2項中「第5条第12項」を「第5条第11項」に改める。

第2条の2中「及び省令第34条の22」及び「及び省令第34条の25」を削る。

第3条中「及び省令第34条の23若しくは第34条の26」及び「及び省令第34条の58」を削る。

第3条の3を第3条の5とし、第3条の2の次に次の2条を加える。

（指定障害福祉サービス事業者の業務管理体制の整備に関する事項等の届出手続）

第3条の3 法第51条の2第2項若しくは第4項又は法第51条の31第2項若しくは第4項の規定による業務管理体制の整備に関する事項の届出は、別記第4号様式によりしなければならない。

2 法第51条の2第3項又は法51条の31第3項の規定による業務管理体制の整備に関する事項の変更の届出は、別記第5号様式によりしなければならない。

（障害福祉サービス事業等の開始等の届出手続）

第3条の4 法第79条第2項の規定による同条第1項各号に掲げる事業の開始の届出又は法第79条第3項の規定による省令第66条第1項各号に掲げる事項の変更の届出は、別記第6号様式によりなければならない。

2 法第79条第4項の規定による同条第1項各号に掲げる事業の廃止又は休止の届出は、別記第7号様式によりなければならない。

第4条第1項中「若しくは第3条の2」を「から第3条の3まで」に改め、同項第5号中「同条第17項」を「同条第16項」に改め、同項第7号を次のように改める。

（7）運営規程

第6条第1項中「及び省令第35条」及び「及び省令第45条（同条第3項において準用する省令第35条第3項を含む。）」を削る。

第7条中「及び省令第47条（同条第3項において準用する省令第35条第3項を含む。）」を削る。

第8条中「並びに省令第48条第1項及び第2項並びに同条第4項において準用する省令第35条第3項」を削る。

第9条第1項中「及び省令第57条」を削る。

第10条中「及び省令第62条」を削る。

第12条中「及び省令第64条」を削る。

第13条を次のように改める。

第13条 削除

別記第1号様式から別記第2号様式までを次のように改める。

別記

第1号様式 (第2条関係)

受付番号

指定障害福祉サービス事業所
指定障害者支援施設
指定一般相談支援事業所

指定申請書

平成 年 月 日

高知県知事殿

申請者 (設置者) 所在地 名称 代表者

印

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第29条第1項の指定障害福祉サービス事業者(指定障害者支援施設)の指定(第51条の14第1項の指定一般相談支援事業者の指定)(第41条第1項の指定障害福祉サービス事業者(指定障害者支援施設)の指定の更新・第51条の21第1項の指定一般相談支援事業者の指定の更新)を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

事業所(施設)所在地市町村番号

Application form for designated welfare services, including sections for applicant details, service information, and facility location.

(備考)

- 1 「受付番号」事業所(施設)所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
2 「法人である場合その種別」欄には、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記載してください。
3 「法人所轄庁」欄には、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
4 法第41条の2の共生型障害福祉サービス事業者の特例により申請を行う場合、介護保険法又は児童福祉法において指定を受けているサービスと、当該指定事業所の事業所番号を記載してください。
5 「同一所在地において行う事業等の種類」欄には、今回申請するもの及び既に指定を受けているものについて事業の種類を記載し、該当する欄には「○」を記載してください。
6 「〇〇事業所番号」欄には、申請を行う都道府県等において既に事業所としての指定を受け、番号が付番されている場合に、その事業所番号を記載してください。複数の番号を有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。

別紙1

居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護事業所の指定に係る記載事項

受付番号

Form for home care services, including sections for facility name, manager details, staff information, and service content.

(備考)

- 1. 複数種類のサービスを実施する場合、「サービス内容」欄に複数のサービス種類を記載して本様式1枚にまとめて提出してください。
2. 「受付番号」「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
3. 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してください。
4. 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
5. 出張所等がある場合は、付表1-2にも記載してください。また、従業員については、本様式中に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
6. 「その他の費用」欄には、利用者から直接金銭の負担を求められる場合のサービス内容について記載してください。
7. 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村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載してください。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してください。
8. 共生型居宅介護又は共生型重度訪問介護の申請の場合、以下の書類の提出を省略することができます。
(1) 定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等
(2) 事業所平面図
(3) 管理者及びサービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴
(4) 利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要
(5) 資産状況(負債対照表・財産目録等)

別紙1-2 居宅介護等を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

受付番号

事業所	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡・市		
	連絡先	電話番号	FAX番号	
主な揭示事項				
営業日				
営業時間				
指定居宅介護等の内容(該当するものを○で囲む)				
居宅介護【身体介護・家事援助等・通院等乗降介助】、重度訪問介護、行動援護				
主たる対象者(該当するものを○で囲む)				
居宅介護 特定無し・身体障害者・知的障害者・障害児・精神障害者・難病等対象者				
重度訪問介護 身体障害者・知的障害者・精神障害者				
同行援護 特定なし・身体障害者(視覚障害)・障害児(視覚障害)				
行動援護 特定無し・知的障害者・障害児・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 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(定款、寄付行為等及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表)				

- (備考)
- 「受付番号」欄には、記載しないでください。
 - 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業に記載した書類を添付してください。
 - 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
 - 「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載してください。
 - 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村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載してください。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してください。

別紙2 療養介護事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡・市							
	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 -) 県 郡・市							
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	事業所等の名称 兼務する職種及び勤務時間等							
	当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等又は条例等 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・員数		サービス管理責任者		医師		生活支援員		看護職員	
		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)									
看護補助者		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)									
前年度の平均利用者数(人)									
主な揭示事項									
利用定員		人(単位ごとの定員)(① ②)							
基準上の必要定員									
設置部分		多目的室(テイルーム) 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 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			
一体的に管理運営する他の事業所									
添付書類		別添のとおり(定款、寄付行為等及び登記簿謄本又は条例等、建物の構造概要及び平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、医療法に規定する医療機関として許可を受けたことが分かる証明書等)							

- (備考)
- 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。
 - 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業に記載した書類を添付してください。
 - 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
 - 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
 - 「※兼務」欄には、併設施設との兼務を行う職員について記載してください。

別紙3

生活介護事業所の指定に係る記載事項

※1 従たる事業所のある場合は、付表3-2を併せて提出してください。
※2 多機能型事業所実施時は、各事業の付表と付表13を併せて提出してください。

受付番号										
施設	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡・市								
連絡先	電話番号				FAX番号					
	フリガナ									
	氏名	住所			(郵便番号 -) 県 郡・市					
管理者	当該生活介護事業所で業務する他の職種(業務の場合のみ記入)									
	他の事業所又は施設の従業者との業務(業務の場合記入)									
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等 第 条第 項第 号										
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・員数	従業者数		医師	サービス管理責任者	看護職員	理学療法士	作業療法士			
	常勤(人)	非常勤(人)	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)									
			機能訓練指導員	生活支援員	精神保健福祉士	その他の従業者				
前年度の平均実利用者数(人)	従業者数		専従	※兼務	専従	※兼務	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)									
			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	特定無し	身体障害者								
	細分無し	肢体不自由	視覚障害	聴覚・言語	内部障害					
利用定員	知的障害者	精神障害者								
	人(単位ごとの定員)(① ②)									
基準上の必要定員	有 ・ 無									
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		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						
協力医療機関	名称	主な診療科名								
一体的に管理運営する他の事業所										
添付書類	別添のとおり(定款、寄付行為等及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの)									

(備考)

- 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。
- 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業に記載した書類を添付してください。
- 「看護職員」とは保健師、看護師、准看護師のことを言います。
- 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
- 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 「※兼務」欄は、施設入所支援事業以外の業務を行う職員について記載してください。
- 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
- 共生型生活介護の申請の場合、以下の書類の提出を省略することができます。
 - 定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等
 - 事業所の平面図及び概要
 - 管理者及びサービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴
 - 利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要
 - 資産状況(貸借対照表・財産目録等)

別紙3-2

一体的に実施する従たる事業所の指定に係る記載事項

※多機能型事業所実施時は、各事業の付表と付表13を併せて提出してください。

受付番号										
施設	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡・市								
連絡先	電話番号				FAX番号					
	フリガナ									
	氏名	住所			(郵便番号 -)					
サービス管理責任者	フリガナ									
	氏名	住所			(郵便番号 -)					
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等 第 条第 項第 号										
従業者の職種・員数	従業者数		医師	サービス管理責任者	看護職員	理学療法士	作業療法士			
	常勤(人)	非常勤(人)	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)									
			機能訓練指導員	生活支援員	精神保健福祉士	その他の従業者				
前年度の平均実利用者数(人)	従業者数		専従	※兼務	専従	※兼務	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)									
			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	特定無し	身体障害者								
	細分無し	肢体不自由	視覚障害	聴覚・言語	内部障害					
利用定員	知的障害者	精神障害者								
	人(単位ごとの定員)(① ②)									
基準上の必要定員	有 ・ 無									
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		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						
協力医療機関	名称	主な診療科名								
一体的に管理運営する他の事業所										
添付書類	別添のとおり(定款及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの)									

(備考)

- 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。
- 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業に記載した書類を添付してください。
- 「看護職員」とは保健師、看護師、准看護師のことを言います。
- 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
- 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 「※兼務」欄は、施設入所支援事業以外の業務を行う職員について記載してください。
- 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

別紙4 短期入所事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ 名 称											
	所在地 (郵便番号 ー) 県 郡・市											
	連絡先 電話番号 FAX番号											
管理者	フリガナ 氏 名	住所 県 郡・市										
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合記入)	事業所等の名称 兼務する職種及び 勤務時間等										
	事業所の種別 併設型・空床型（単独型） 併設型 の場合	利用定員数(人) 前年度の平均入所者数(人)										
併設(本体)施設 施設種別等		名称		併設(本体)施設の入所者の定員(人)								
単独型事業所の居室		1室の最大定員(人)		入所者1人あたりの最小居室㎡								
従業者の職種 ・員数(人)	サービス 管理責任者	医師		看護職員				心理判定員				
	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	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)											
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)	職能判定員		理学療法士等			あん摩マッ サージ指圧師		生活支援員				
	合計		理学療法士	作業療法士	機能訓練指導員	合計						
	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	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)	職業指導員		就労支援員	介護職員	児童指導員	保育士	精神保健福祉士	その他の従業者				
	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	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	専従 ※兼務	専従 ※兼務	専従 ※兼務	
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等又は条例等 第 条 第 項 第 号												
主な揭示事項		主たる対象者 特定無し・身体障害者・知的障害者・障害児・精神障害者・難病等対象者										
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		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		
協力医療機関		名 称		主な診療科名								
一体的に管理運営される他の事業所												
添付書類		別添のとおり(定款・寄付行為等及び登記簿謄本又は条例等、建物の構造概要及び平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約の内容がわかるもの)										

(備考)

- 「受付番号」「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
- 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業に記載した書類を添付してください。
- 新設の場合には、「前年度の平均入所者数」欄は推定数を記入してください。
- 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 「※兼務」欄には、本体施設との兼務を行う職員について記載してください。
- 「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載してください。
- 共生型短期入所の申請の場合、以下の書類の提出を省略することができます。
 - 定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等
 - 事業所の平面図及び概要
 - 管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴
 - 利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要
 - 資産状況(貸借対照表・財産目録等)
 - 協力医療機関との契約の内容がわかるもの

別紙5 重度障害者等包括支援事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ 名 称											
	所在地 (郵便番号 ー) 県 郡・市											
	連絡先 電話番号 FAX番号											
管理者	フリガナ 氏 名	住所 県 郡・市										
	サービス提供責任者との兼務の有無	有 無										
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合記入)	事業所等の名称 兼務する職種及び勤 務時間等										
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等又は条例等 第 条 第 項 第 号												
サービス 提供責任者		フリガナ 氏 名		住所		郵便番号 ー)						
事業所の体制												
他に指定を受けている障害 福祉サービス等		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				
協力医療機関		名 称		主な診療科名								
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 特定無し・Ⅰ類型・Ⅱ類型・Ⅲ類型										
利用料		人										
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		
一体的に管理運営される その他の事業所		その他										
添付書類		別添のとおり(定款・寄付行為等及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表)										

(備考)

- 「受付番号」「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
- 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業に記載した書類を添付してください。
- 「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載してください。重度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載は不要です。
- 第三者に委託して障害福祉サービスを提供する場合は、予定している事業所を「委託による提携事業所」に記載してください。なお、指定事業所でない場合は事業所番号の記載は不要です。
- 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 「主たる対象者」欄については、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15点以上である者を対象とする場合は「Ⅲ類型」を選択してください。特定しない場合は「特定無し」を選択してください。
- 「利用者数」欄には、当該事業所において提供できる利用者の数を記載してください。
- 「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載してください。
- 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村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載してください。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してください。

別紙6

(その1) 共同生活援助事業所(グループホーム)の指定に係る記載事項

※ 指定申請する事業を〇で囲んで下さい。

受付番号				
主たる事業所	フリガナ			
	名称			
	所在地 (郵便番号 ー) 県 郡・市			
	連絡先 電話番号 FAX番号			
サービスの提供形態(該当部分に○)	介護サービス包括型	生活支援員の業務の外部委託の予定 有(月 時間)・無		
	日中サービス支援型	生活支援員の業務の外部委託の予定 有(月 時間)・無		
	外部サービス利用型	受託居宅介護サービス事業者が行う事業所の名称及び所在地並びに当該事業者の名称及び所在地 別紙のとおり		
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等又は条例等 第 条 第 項 第 号				
管理者	フリガナ	(郵便番号 ー)		
	氏名	住所 県 郡・市		
	他の事業所、施設又は医療機関の従業者との業務(兼務の場合記入)	事業所等の名称 業務する職種及び勤務時間等		
事業所の利用定員数	人			
サービス管理責任者	フリガナ 氏名	住所 (郵便番号 ー)		
従業者の職種・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
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)			
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			
一体的に管理運営される他の事業所				
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		
	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			
添付書類	別活のとおり(定款、寄付行為等及びその登記簿の謄本又は条例等、共同生活住居の構造概要及び平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、協議会等への報告・協議会からの評価等に関する措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの)等			

※ 主たる事業所とは、複数の共同生活住居がある場合、当該事業所からいずれの共同生活住居に対して、概ね30分程度で移動可能な範囲にある事業所をいう。

(その2)

共同生活住居①	フリガナ
	名称
	所在地 (郵便番号 ー) 県 郡・市
	連絡先 電話番号 FAX番号
グループホームに供する建物形態	
住居区分:一戸建て・アパート・マンション・その他()	
建物所有者名:	
賃貸借契約の内容: ア 敷金 イ 礼金 ウ 家賃(月額) エ 契約期間 オ 賃貸料がない理由	
住居の利用定員数 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 m ²	
一体的に運営するサテライト型住居:	
一体的に運営するサテライト型住居の利用者から連絡を受ける通信機器:	
主たる対象者 身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 精神障害者 ・ 難病等対象者	
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 ー) 県 郡・市
	連絡先 電話番号 FAX番号
グループホームに供する建物形態	
住居区分:一戸建て・アパート・マンション・その他()	
建物所有者名:	
賃貸借契約の内容: ア 敷金 イ 礼金 ウ 家賃(月額) エ 契約期間 オ 賃貸料がない理由	
住居の利用定員数 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 m ²	
一体的に運営するサテライト型住居:	
一体的に運営するサテライト型住居の利用者から連絡を受ける通信機器:	
主たる対象者 身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 精神障害者 ・ 難病等対象者	
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 ー) 県 郡・市
	連絡先 電話番号 FAX番号
グループホームに供する建物形態	
住居区分:一戸建て・アパート・マンション・その他()	
建物所有者名:	
賃貸借契約の内容: ア 敷金 イ 礼金 ウ 家賃(月額) エ 契約期間 オ 賃貸料がない理由	
住居の利用定員数 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 m ²	
一体的に運営するサテライト型住居:	
一体的に運営するサテライト型住居の利用者から連絡を受ける通信機器:	
主たる対象者 身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 精神障害者 ・ 難病等対象者	
利用料	
その他の費用	

(その3)

サテライト型住居①	フリガナ	
	名 称	
	所在地	(郵便番号 ー) 県 郡・市
	連絡先	電話番号 FAX番号
	グループホームに供する建物形態	
	住居区分:一戸建て・アパート・マンション・その他()	
	建物所有者名:	
	賃貸借契約の内容:	ア 敷金 イ 礼金 ウ 家賃(月額) エ 契約期間 オ 賃貸料がない理由
	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	m ²
	本体住居の名称:	
	本体住居との距離	km
	利用者が本体住居へ移動する時間(手段):	
	利用者が本体住居への連絡に使用する通信機器:	
主たる対象者	身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 精神障害者 ・ 難病等対象者	
利用料		
その他の費用		
サテライト型住居②	フリガナ	
	名 称	
	所在地	(郵便番号 ー) 県 郡・市
	連絡先	電話番号 FAX番号
	グループホームに供する建物形態	
	住居区分:一戸建て・アパート・マンション・その他()	
	建物所有者名:	
	賃貸借契約の内容:	ア 敷金 イ 礼金 ウ 家賃(月額) エ 契約期間 オ 賃貸料がない理由
	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	m ²
	本体住居の名称:	
	本体住居との距離	km
	利用者が本体住居へ移動する時間(手段):	
	利用者が本体住居への連絡に使用する通信機器:	
主たる対象者	身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 精神障害者 ・ 難病等対象者	
利用料		
その他の費用		
サテライト型住居③	フリガナ	
	名 称	
	所在地	(郵便番号 ー) 県 郡・市
	連絡先	電話番号 FAX番号
	グループホームに供する建物形態	
	住居区分:一戸建て・アパート・マンション・その他()	
	建物所有者名:	
	賃貸借契約の内容:	ア 敷金 イ 礼金 ウ 家賃(月額) エ 契約期間 オ 賃貸料がない理由
	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	m ²
	本体住居の名称:	
	本体住居との距離	km
	利用者が本体住居へ移動する時間(手段):	
	利用者が本体住居への連絡に使用する通信機器:	
主たる対象者	身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 精神障害者 ・ 難病等対象者	
利用料		
その他の費用		

(その4)

受託居宅介護事業者①	フリガナ	
	事業者名称	(郵便番号 ー)
	主たる事務所の所在地	県 郡・市
	連絡先	電話番号 FAX番号
	フリガナ	
	事業所名称	(郵便番号 ー)
事業所の所在地	県 郡・市	
連絡先	電話番号 FAX番号	
委託契約締結日:	平成 年 月 日	
受託居宅介護事業者②	フリガナ	
	事業者名称	(郵便番号 ー)
	主たる事務所の所在地	県 郡・市
	連絡先	電話番号 FAX番号
	フリガナ	
	事業所名称	(郵便番号 ー)
事業所の所在地	県 郡・市	
連絡先	電話番号 FAX番号	
委託契約締結日:	平成 年 月 日	

別紙7

自立訓練(機能訓練)事業所の指定に係る記載事項

※1 多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表13を併せて提出してください。
※2 従たる事業所のある場合は、付表9-2を併せて提出してください。

受付番号

Form for independent training facilities. Includes fields for facility name, location, contact info, manager details, staff counts, and service types.

(備考)

- 1. 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。
2. 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してください。
3. 「看護職員」とは保健師、看護師、准看護師のことを言います。
4. 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
5. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
6. 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
7. 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村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載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付してください。

別紙7-2

一体的に実施する従たる事業所の指定に係る記載事項

※多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表13を併せて提出してください。

受付番号

Form for integrated facilities. Includes fields for facility name, location, manager details, staff counts, and service types, with a more detailed breakdown of staff roles.

(備考)

- 1. 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。
2. 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してください。
3. 「看護職員」とは保健師、看護師、准看護師のことを言います。
4. 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
5. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
6. 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
7. 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村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載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付してください。

別紙9

就労移行支援事業の指定に係る記載事項

※1 多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表13を併せて提出してください。
 ※2 従たる事業所のある場合は、付表11～2を併せて提出してください。

受付番号											
施設	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 -)		県 郡・市							
	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	住所		県 郡・市							
	事業所等の名称										
	他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)		業務する職種及び勤務時間等								
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	住所		県 郡・市							
	従業者の職種・員数		管理者		サービス管理責任者		職業指導員		生活支援員		
	従業者数	常勤(人)	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
非常勤(人)											
常勤換算後の人数(人)											
基準上の必要人数(人)											
就労支援員		その他の従業者									
専従		※兼務		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)											
前年度の平均利用者数(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		特定無し		身体障害者							
		知的障害者		精神障害者		視覚障害		聴覚・言語		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		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					
協力医療機関		名称		主な診療科名							
提携就労支援機関											
多機能型実施の有無											
一体的に管理運営するその他の事業所											
添付書類		別添のとおり(定款、寄付行為及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの)									

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。
2. 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業に記載した書類を添付してください。
3. 「併設する施設の名称及び概要」欄には、施設の目的及び提供するサービスの内容等を記載してください。
4. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
5. 「※兼務」欄は、他の障害福祉サービスとの兼務を行う職員について記載してください。
6. 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
7. 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
8. 「提携就労支援機関」欄には、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載してください。

別紙9-2

一体的に実施する従たる事業所の指定に係る記載事項

※多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表13を併せて提出してください。

受付番号											
施設	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 -)		県 郡・市							
	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又は条例等 第 条 第 項 第 号											
従業者の職種・員数		管理者		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	
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)											
就労支援員		その他の従業者									
専従		※兼務		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)											
前年度の平均利用者数(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		特定無し		身体障害者							
		知的障害者		精神障害者		視覚障害		聴覚・言語		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		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					
協力医療機関		名称		主な診療科名							
多機能型実施の有無											
一体的に管理運営するその他の事業所											
添付書類		別添のとおり(定款、寄付行為及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの)									

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。
2. 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業に記載した書類を添付してください。
3. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
4. 「※兼務」欄は、短期入所事業以外との兼務を行う職員について記載してください。
5. 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
6. 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

別紙10 就労継続支援事業の指定に係る記載事項

※1 多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表13を併せて提出してください。
 ※2 従たる事業所のある場合は、付表11～2を併せて提出してください。

(就労継続支援(A型) 就労継続支援(B型))		受付番号			
※いずれかに○を付してください。					
施設	フリガナ 名 称				
	所在地	(郵便番号 ー) 県 郡・市			
	連絡先	電話番号	FAX番号		
	フリガナ	住所 (郵便番号 ー) 県 郡・市			
管理者	氏 名				
	他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	事業所等の名称	業務する職種及び勤務時間等		
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 ー)			
	氏 名				
従業者の職種・員数	管理者		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
	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)				
その他の従業者	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)			
前年度の平均利用者数(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	特定無し	身体障害者			
		細分無し	肢体不自由	視覚障害	聴覚・言語 内部障害
利用料	知的障害者	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	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				
協力医療機関	名 称	主な診療科名			
多機能型実施の有無					
一体的に管理運営する その他の事業所					
添付書類	別添のとおり(定款、寄付行為及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの)				

- (備考)
- 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。
 - 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業に記載した書類を添付してください。
 - 「併設する施設の名称及び概要」欄には、施設の目的及び提供するサービスの内容等を記載してください。
 - 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
 - 「※兼務」欄は、他の障害福祉サービスとの兼務を行う職員について記載してください。
 - 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
 - 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

別紙10-2 一体的に実施する従たる事業所の指定に係る記載事項

※多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表13を併せて提出してください。

(就労継続支援(A型) 就労継続支援(B型))		受付番号			
※いずれかに○を付してください。					
施設	フリガナ 名 称				
	所在地	(郵便番号 ー) 県 郡・市			
	連絡先	電話番号	FAX番号		
	フリガナ	住所 (郵便番号 ー) 県 郡・市			
管理者	氏 名				
	他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	事業所等の名称	業務する職種及び勤務時間等		
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 ー)			
	氏 名				
従業者の職種・員数	管理者		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
	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)				
その他の従業者	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)			
前年度の平均利用者数(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	特定無し	身体障害者			
		細分無し	肢体不自由	視覚障害 聴覚・言語 内部障害	
利用料	知的障害者	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	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				
協力医療機関	名 称	主な診療科名			
多機能型実施の有無					
一体的に管理運営する その他の事業所					
添付書類	別添のとおり(定款、寄付行為及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの)				

(備考)

- 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。
- 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業に記載した書類を添付してください。
- 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 「※兼務」欄は、短期入所事業以外の兼務を行う職員について記載してください。
- 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
- 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

別紙11 (その1)

指定障害福祉サービス事業所に係る多機能型による事業を実施する場合の記載事項(総括表)



※多機能型事業実施時は各付表とこの表を併せて提出してください。

受付番号

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)多機能型による他の事業所については、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 -)		都・道・府・県		区・郡・市			
	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 -)		都・道・府・県		区・郡・市			
	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 又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合記入)	事業所等の名称	兼務する職種 及び勤務時間等						
	主たる対象とする障害の種類	無し	細分無し	肢体不自由	身体障害者 視覚障害	聴覚・言語	内部障害	知的障害者	精神障害者
生活介護を行う場合のみ		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			
前年度の平均 実利用者数 (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	自立訓練 (機能訓練)	自立訓練 (生活訓練)	就労移行支援 (通常)	就労移行支援 (あはき)	就労継続支援 (A型)	就労継続支援 (B型)	
	サービス単位	サービス単位							
	有	無	有	無					
主たる事業所									
従たる事業所									
定員緩和措置の有無		有・無							
定員(人)	合計	生活介護	児童デイ	自立訓練 (機能訓練)	自立訓練 (生活訓練)	就労移行支援 (通常)	就労移行支援 (あはき)	就労継続支援 (A型)	就労継続支援 (B型)
合計									
主事業所									
その他の事業所									

別紙11 (その2)



受付番号

		従業者の職種・員数												
		サービス 管理責任者		医師		合計		看護職員		看護職員		看護職員		
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	
合計	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)													
事業所1	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)													
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)													
合計			理学療法士等				生活支援員							
			合計	理学療法士	作業療法士	機能訓練指導員	合計	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	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務		
事業所1	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)													
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)													
合計			職業指導員				就労支援員		その他の従業者					
			合計	右記以外	業教官		合計	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	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務		
事業所1	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)													
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)													

- (備考)
1. 「受付番号」「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
 2. 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業に記載した書類を添付してください。
 3. 「定員緩和措置の有無」欄は、基準省令第89条に基づく利用定員緩和措置の適用の有無について記載してください。
 4. 生活介護にサービス単位を導入する場合には、適宜欄を設けて記載するか又は別業にサービス単位ごとの定員を記載してください。
 5. 新設の場合には、「前年度平均入所者数」欄は推定数を記入してください。
 6. 「※兼務」欄には、本体施設との兼務を行う職員について記載してください。

別紙12-1

障害者支援施設の指定に係る記載事項

受付番号

施 設	フリガナ									
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡・市								
	連絡先	電話番号			FAX番号					
管 理 者	フリガナ			(郵便番号 -)						
	氏名	住所	県 郡・市							
屋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	有・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		有・無					
併設施設の定員(人)			併設施設の種別							
従 業 者 の 職 種 ・ 員 数 (人)	サービス管理責任者	医師	看護職員							
	専従 ※兼務	専従 ※兼務	合計	保健師	看護師	准看護師				
従業者数	常勤(人)									
	非常勤(人)									
常勤換算後の人数(人)										
従 業 者 数	理学療法士等					生活支援員				
	合計	理学療法士	作業療法士	機能訓練指導員	合計	通所	訪問			
従業者数	常勤(人)									
	非常勤(人)									
常勤換算後の人数(人)										
従 業 者 数	職業指導員	就労支援員	栄養士	その他の従業者						
	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)										
主な揭示事項										
主 た る 対 象 者	無し	身体障害者								
		細分無し	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								
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							
協力医療機関	名称	主な診療科名								
協力歯科医療機関	名称									
添付書類	別添のとおり(定款、寄付行為及び登記簿謄本又は条例等、建物の構造概要及び平面図、経歴書、運営規程、入所者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの)									

(備考)

1. 「受付番号」欄には、記載しないでください。
2. 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業に記載した書類を添付してください。
3. 屋間に複数の施設障害福祉サービスを実施する場合、「屋間実施サービスの定員」欄には、給付の種類ごとに定員の合計数を記載してください。
4. 施設入所支援に複数のサービス単位を設ける場合、「施設入所支援の定員」欄には、定員の合計数を記載してください。
5. 「定員緩和措置の有無」欄は、基準省令第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載してください。
6. 「従業員の職種・員数」欄には、職種ごとに、屋間実施サービスの従事者(付表8その3のⅠ及びⅡ欄に記載した職員)の合計数を記載してください。
7. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。

別紙12-2

屋間実施サービス及び施設入所支援に係る記載事項

受付番号

施設名									
屋 間 実 施 サ ー ビ ス の 種 別	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 (通常)	就労移行支援 (あはき)	就労継続支援 (A型)	就労移行支援 (B型)		
	サービス単位 有	無							
実施する事業									
前年度の平均実利用者数(人)									
屋間多機能の実施		有・無	屋間の総定員数(人)						
生活介護を行う場合のみ			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		
前 年 度 の 平 均 実 利 用 者 数 (人)	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	前年度の平均実利用者数(人)	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									
居 室	1室の最大定員		人	基準上の必要値					
	入所者1人あたりの最小床面積		m	m					
廊 下	廊下の幅		m	m					
	中廊下の幅		m	m					
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又は条例等 第 条 第 項 第 号									
短期入所の実施		有・無							
主な揭示事項									
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									

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要値」欄には、記載しないでください。
2. 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業に記載した書類を添付してください。
3. 「屋間実施サービスの種別」欄は、実施するサービスについて、該当欄に○を記入してください。
4. 新設の場合には、「前年度の平均実利用者数」欄は推定数を記入してください。
5. 既存の障害者施設からの移行の場合で、指定基準省令附則の規定の適用を受ける場合には、「経過措置」欄の「有」に○をつけてください。
6. 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
7. 「通常の事業の実施地域」については、市区町村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載してください。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してください。

別紙12-3

従業員の職種・員数に係る記載事項

____ 枚中 ____ 枚目

受付番号 _____

施設名														
施設障害福祉サービスの種類		従業員の職種・員数												
I 生活介護(サービス単位) 自立訓練(機能訓練) 自立訓練(生活訓練)	サービス管理責任者		医師		看護職員									
	合計		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)													
			理学療法士等				生活支援員		その他の従業員					
	合計		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	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)														
II 就労移行支援 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									
	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)													
			生活支援員				その他の従業員							
	合計		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)														
III 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		その他の従業員							
	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)													

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
2. 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はサービス単位ごと)に、従事する職員数を記載し、I～III欄は、それぞれ実施する障害福祉サービス名に○をつけてください。
3. 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、複数枚に分けて記載して下さい。
4. 「※兼務」欄は、2以上の障害福祉サービスを兼務する職員について記載してください。

別紙13

就労定着支援事業所の指定に係る記載事項

受付番号 _____

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				
	当該就労定着支援事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)				
	他の事業所又は施設の従業員との兼務(兼務の場合記入)	事業所等の名称		兼務する職種及び勤務時間等	
当該事業の実施について定めである定款・寄付行為等の条文					第 条 第 項 第 号
前年度の平均利用者数(人)			人		
一体的に運営する事業所の前年度の平均利用者数(人)			人		
従業員の職種・員数		サービス管理責任者		就労定着支援員	
		専従	兼務	専従	兼務
従業員数	常勤(人)				
	非常勤(人)				
主な揭示事項					
営業日					
営業時間					
主たる対象者		特定無し・身体障害者・知的障害者・精神障害者・難病等対象者			
利用料					
その他の費用					
通常の事業実施地域					
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				
添付書類		別添のとおり(定款、寄付行為及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、運営規程、経歴書、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等))			

(備考)

1. 「受付番号」欄は、記入しないでください。
2. 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様に記載した書類を添付してください。
3. 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
4. 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
5. 「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載してください。
6. 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村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載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付してください。
7. 事業所指定を受ける一体的に運営する事業所の過去3年の一般就労の移行実績が分かる書類を添付してください。

別紙13-2

一般就労移行実績

平成 年 月 日

【申請日の属する日から遡って過去3年間において、一般就労に移行した者を記載すること】

	氏名	就職日	就職先事業所名
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

注1. 申請日の属する日から遡って過去3年間において、一般就労に移行した者について記入する。一般就労の定義、雇用継続の状況は問わない。

注2. 就労定着支援を申請する事業所ごとに作成し、指定申請書に添付すること。

注3. 申請日の属する日から遡って過去3年間において、一般就労移行者数が3人以上の場合は指定要件を満たすこととなる。

別紙14

自立生活援助事業所の指定に係る記載事項

受付番号

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			
	当該自立生活援助事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)			
	他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	事業所等の名称		
	兼務する職種及び勤務時間等			
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等の条文			第 条 第 項 第 号	
前年度の平均利用者数(人)		人		
従業者の職種・員数		サービス管理責任者		就労定着支援員
		専 従	兼 務	専 従
従業者数	常勤(人)			
	非常勤(人)			
主な揭示事項				
営業日				
営業時間				
主たる対象者		特定無し・身体障害者・知的障害者・精神障害者・難病等対象者		
利用料				
その他の費用				
通常の事業実施地域				
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			
添付書類		別添のとおり(定款、寄付行為及び登記簿謄本又は条列等、事業所平面図、運営規程、経歴書、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制、形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等))		

(備考)

1. 「受付番号」欄は、記入しないでください。
2. 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様に記載した書類を添付してください。
3. 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
4. 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
5. 「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載してください。
6. 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村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載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付してください。

別紙15

指定一般相談支援事業所の指定に係る記載事項

受付番号	
事業所	フリガナ
	名称
所在地	(郵便番号 -) 県 郡・市
連絡先	電話番号 FAX番号
当該事業について定めてある定款・寄付行為等の条文 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 有 ・ 無	
他の事業所又は施設の従業者との兼務(有の場合、以下に記載) 有 ・ 無	
事業所の名称	兼務する職種
事業の種類	勤務時間
従業者の職種・員数(人)	
地域移行支援・地域定着支援に従事する者	
相談支援専門員 其他の者	
	専 従 兼 務 専 従 兼 務
常勤(人)	
非常勤(人)	
常勤換算後の人数(人)	
他の事業所又は施設の従業者との兼務(有の場合、別紙に記載) 有 ・ 無	
常時の連絡体制の確保の具体的方法(地域定着支援のみ)	
営業日	
営業時間	
主たる対象者	特定無し・身体障害者・知的障害者・精神障害者・障害児
その他の費用	
通常の事業実施地域	
添付書類	別添のとおり(定款及び登記簿謄本又は条例等、事業所の平面図、運営規程、経歴書、入所者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等))

(備考)

1. 地域移行支援事業と地域定着支援事業の両方の指定を申請する場合についても、本様式1枚にまとめて提出してください。
2. 「受付番号」欄は、記入しないでください。
3. 「兼務」については、指定特定相談支援事業所、指定障害児相談支援事業所との兼務は除く。
4. 「常時の連絡体制」については、営業時間以外の事業所の人員体制(宿直等)や利用者との連絡体制を含め、具体的に記載してください。
5. 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
6. 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様に記載した書類を添付してください。

第1号様式の2 (第2条の2関係)

受付番号

特定障害福祉サービス事業所
指定障害者支援施設 変更指定申請書

平成 年 月 日

高知県知事 様

申請者 所在地
(設置者) 名称
代表者

印

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に規定する特定障害福祉サービス事業所(指定就労継続支援B型事業所・生活介護事業所)指定障害者支援施設に係る変更指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

事業所(施設)所在地市町村番号

申請者(設置者)	フリガナ			
	名称			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -)	県 郡・市	
	法人である場合その種別		法人所轄庁	
	連絡先 電話番号		FAX番号	
	メールアドレス			
	代表者の職・氏名	職 名	フリガナ 氏 名	
	代表者の住所	(郵便番号 -)	県 郡・市	
	フリガナ			
	名称			
事業所(施設)の所在地	(郵便番号 -)	県 郡・市		
同一所在地において行う事業等の種類	実施 事業	指定申請をする事業等の事業開始予定年月日	添付様式	備考
サ 特 定 障 害 福 祉 事 業 社 所				
例)生活介護	○		付表3	
指 定 障 害 者 支 援 施 設				
例)障害者支援施設	○		付表8	

(備考)

- 1 「受付番号」欄には記載しないでください。
- 2 「法人である場合その種別」欄には、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記載してください。
- 3 「法人所轄庁」欄には、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 4 「同一所在地において行う事業等の種類」欄には、今回申請をするもの及び既に指定を受けているものについて事業の種類を記載し、該当する欄には「○」を記載してください。
- 5 「○○事業所番号」欄には、申請を行う都道府県等において既に事業所としての指定を受け、番号が付番されている場合に、その事業所番号を記載してください。複数の番号を有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。

第2号様式（第3条関係）

変更届出書

平成 年 月 日

高知県知事 様

事業者住所(所在地)
 (施設の設置者) 氏名(名称及び代表者氏名)

印

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

指定内容を変更した事業所(施設)	事業所番号	名称	所在地	サービスの種類
変更があった事項		変更の内容		
1 事業所(施設)の名称	(変更前)			
2 事業所(施設)の所在地				
3 申請者(設置者)の名称				
4 主たる事務所(法人)の所在地				
5 代表者の氏名、生年月日、住所及び職名				
6 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(当該指定に係る事業に関するものに限る。)				
7 事業所(施設)の平面図及び設備の概要				
8 事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴				
9 事業所(施設)のサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴				
10 事業所(施設)のサービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴				
11 主たる対象者				
12 運営規程				
13 介護給付費等の請求に関する事項	(変更後)			
14 事業所の種別(併設型・空床型の別)				
15 併設型における利用定員数又は空床型における当該施設の入所者の定員				
16 協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約内容				
17 障害者支援施設等との連携体制及び支援の体制の概要				
18 当該申請に係る事業の開始予定年月日				
19 併設する施設がある場合の当該併設施設の概要				
20 同一施設内にある入所施設及び病院の概要				
21 役員(職員)の氏名、生年月日及び住所				
22 指定一般相談支援の提供にあたる者の氏名、生年月日及び住所				
変更年月日		平成 年 月 日		

- 備考1 該当項目番号に○を付してください。
 2 変更内容がわかる書類を添付してください。
 3 変更の日から10日以内に届け出てください。

別記第3号様式の2から別記第7号様式までを次のように改める。

第3号様式の2（第3条関係）

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

知事 殿

住 所
 事 業 者（所在地）
 氏 名
 （名称及び代表者氏名）

印

次のとおり事業の廃止（休止・再開）をいたしましたので届け出ます。

廃止（休止・再開）する事業所	事業所番号																		
	名 称																		
	所 在 地																		
廃止・休止・再開した年月日		平成 年 月 日																	
廃止・休止した理由																			
現に指定障害福祉サービス等又は共生型障害福祉サービスを受けていた者に対する措置（廃止・休止した場合のみ）																			
休止予定期間		平成 年 月 日～平成 年 月 日																	

- (注) 1 事業の再開に係る届出にあつては、当該事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態が休止前と異なる場合には、勤務体制・形態一覧表を添付してください。
 2 廃止・休止・再開の日から10日以内に届け出てください。

第3号様式の2別紙
 現に当該指定障害福祉サービス等を受けている者について

	氏名	連絡先	受給者番号	引き続きサービスの提供を希望する旨の申出の有無	引き続き当該指定障害福祉サービス等に相当するサービスの提供を希望する者に対し、必要な障害福祉サービス等を継続的に提供する他の指定障害福祉サービス等事業者の名称
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					

※適宜、欄を追加してご活用ください。

第3号様式の3（第3条の2関係）

指 定 辞 退 届 出 書

年 月 日

知事 殿

設 置 者 住 所
者 (所在地)
氏 名 印
(名称及び代表者氏名)

次のとおり指定を辞退したいので届け出ます。

指定を辞退する施設	事業所番号											
	名称										
	所在地										
指定を受けた年月日	平成	年	月	日								
指定を辞退する年月日	平成	年	月	日								
指定を辞退する理由												
現に施設に入所している者に対する措置												

(注) 指定を辞退する日の3月前までに届け出てください。

第3号様式の3別紙

現に当該施設障害福祉サービス等を受けている者について

	氏名	連絡先	受給者番号	引き続きサービスの提供を希望する旨の申出の有無	引き続き当該施設障害福祉サービス等に相当するサービスの提供を希望する者に対し、必要な施設障害福祉サービス等を継続的に提供する他の指定障害福祉サービス等事業者の名称
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					

※適宜、欄を追加してご活用ください。

第5号様式 (第3条の3関係)

受付番号

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に基づく業務管理体制の整備に関する事項の届出書 (届出事項の変更)

平成 年 月 日

高知県知事 殿

事業者 名 称
代表者氏名 印

このことについて、下記のとおり関係書類を添えて届け出ます。

事業者 (法人) 番号

変 更 が あ っ た 事 項	
1、法人の種別、名称 (フリガナ)	2、主たる事務所の所在地、電話、FAX 番号
3、代表者氏名 (フリガナ)、生年月日	4、代表者の住所、職名
5、事業所名称等及び所在地	
6、法令遵守責任者の氏名 (フリガナ) 及び生年月日	
7、業務が法令に適合することを確保するための規程の概要	
8、業務執行の状況の監査の方法の概要	

変 更 の 内 容	
(変更前)	
(変更後)	

(日本工業規格 A 列 4 番)

第6号様式 (第3条の4関係)

障害福祉サービス事業等開始 (変更) 届

平成 年 月 日

高知県知事 様

届出者 住所
名称
代表者 印

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による 障害福祉サービス事業・福祉ホームを営む事業・相談支援事業・移動支援事業・地域活動支援センターを営む事業 を下記のとおり (開始・変更) しますので、同法第 79 条第 2 項及び 3 項の規定により届け出ます。

記

- サービスの種類
- 事業所又は施設の名称及び主たる事務所の所在地
- 添付書類
 - ① 定款、その他基本約款、条例等
 - ② 収支予算書及び事業計画書
 - ③ 運営規程 (福祉ホーム・地域活動支援センターを営む事業所のみ)
- 事業開始 (変更) 予定年月日 平成 年 月 日

5. 職員の定数及び職務の内容

職 種	定 数	職 務 の 内 容
	名	
	名	

6. 主な職員の氏名及び経歴 (管理者、施設長等)

氏 名	職 種	経 歴

- 事業を行おうとする区域 _____
*市町村の委託を受けて事業を行おうとする者にあつては、当該市町村の名称を含む。

8. 短期入所事業の用に供する施設の名称、種類、所在地、及び入所定員

施設名称	種 類	入所定員	所 在 地

(注) 障害福祉サービス事業の指定事業所であり、指定申請時の状況に変更が無い事業所について 3. 添付書類①及び届出事項 5～8 を省略することができる。

(注 2) 届出内容に変更があった場合、項目 1、2 及び変更の該当項目の記載を行う。また、定款等添付書類に変更があった場合は、その都度提出を行うこととする。

第7号様式（第3条の4関係）

障害福祉サービス事業等廃止(休止)届出書

平成 年 月 日

高知県知事 様

事業者 主たる事務所の
所在地(住所)
名 称
代表者の職・氏名 印

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第79条第4項の規定により 障害福祉サービス事業・福祉ホームを営む事業・相談支援事業・移動支援事業・地域活動支援センターを営む事業 を下記のとおり 廃止(休止)したいので、届け出ます。

事業所番号	
廃止し、又は休止する事業所	名称
	所在地
廃止し、又は休止するサービスの種類(障害福祉サービス事業・福祉ホームを営む事業・相談支援事業・移動支援事業・地域活動支援センターを営む事業)	
廃止し、又は休止する理由	
現にサービスを受けている者に対する措置	
廃止予定年月日	平成 年 月 日
休止予定期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日

(注) 不要な文字を二重線で消してください。

別記第9号様式中「、共同生活介護（ケアホーム）」を削る。
別記第21号様式を削る。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。