

<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
◎高知県事務処理規則の一部を改正する規則	1
◎高知県ひとにやさしいまちづくり条例施行規則の一部を改正する規則	2
◎高知県障害者自立支援法施行細則の一部を改正する規則	3
告 示	
○牛のヨーネ病の発生 (畜産振興課)	42
○道路の区域変更 (2件) (道 路 課)	42
○高知県収入証紙売りさばき人の業務の廃止 (会計管理課)	43
公 告	
○争議行為の予告 (雇用労働政策課)	43
○特定非営利活動法人の設立認証の申請 (県民生活・男女共同参画課)	43
高知県選挙管理委員会告示	
○高知市長選挙の高知県知事選挙との同時実施 (11・20揭示)	43
○南国市長選挙の高知県知事選挙との同時実施 (〃)	43
○宿毛市長選挙の高知県知事選挙との同時実施 (〃)	43

規 則

高知県事務処理規則の一部を改正する規則をここに公布する。
平成23年11月25日

高知県知事 尾崎 正直

高知県規則第67号

高知県事務処理規則の一部を改正する規則

高知県事務処理規則 (平成15年高知県規則第44号) の一部を次のように改正する。

別表第3の3の(5)の表14の(2)の項中「第5条第18項」を

「第5条第19項」に改め、同表の4の(3)の表6の(5)の項中「第46条第1項」を「第46条第1項及び第2項」に改め、同表の4の(3)の表6の(6)の項中「第46条第2項」を「第46条第3項」に改め、同表の4の(3)の表6の(26)の項中「第5条第18項」を「第5条第19項」に改め、同表の4の(6)の表2の(3)の項中「第5条第12項」を「第5条第13項」に改める。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。



高知県ひとにやさしいまちづくり条例施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。
平成23年11月25日

高知県知事 尾崎 正直

高知県規則第68号

高知県ひとにやさしいまちづくり条例施行規則の一部を改正する規則

高知県ひとにやさしいまちづくり条例施行規則（平成9年高知県規則第36号）の一部を次のように改正する。

別表第1の1の表中

「

区 分	公 共 的 施 設	特 定 施 設
-----	-----------	---------

」

を

区分	公共的施設	特定施設
----	-------	------

」

に改め、同表の1の表1の項及び2の項中「すべての」を「全ての」に改め、同表の1の表2の項(2)中「第5条第12項」を「第5条第13項」に、「同条第22項」を「同条第23項」に改め、同表の1の表4の項から6の項まで及び16の項(1)中「すべての」を「全ての」に改め、同表の2の表から4の表までの規定中

「

区 分	公 共 的 施 設	特 定 施 設
-----	-----------	---------

」

を

区分	公共的施設	特定施設
----	-------	------

」

に、「すべての」を「全ての」に改め、同表の5の表中

「

区 分	公 共 的 施 設	特 定 施 設
-----	-----------	---------

」

を

区分	公共的施設	特定施設
----	-------	------

」

に改める。

別表第2の1の表2の項(3)イ中「車いす」を「車椅子」に改め、同表の1の表2の項(3)ウ中「車いすを」を「車椅子を」に、「車いす使用者」を「車椅子使用者」に、「車いす利用者利用可能昇降機」を「車椅子利用者利用可能昇降機」に、「車いす使用者の」を「車椅子使用者の」に、「車いす利用者用特殊構造昇降機」を「車椅子利用者用特殊構造昇降機」に改め、同表の1の表2の項(3)エ中「車いす利用者利用可能昇降機及び車いす利用者用特殊構造昇降機」を「車椅子利用者利用可能昇降機及び車椅子利用者用特殊構造昇降機」に改め、同表の1の表2の項(5)イ及びク中「こう配」を「勾配」に改め、同表の1の表4の項(1)カ中「車いす使用者」を「車椅子使用者」に改め、同表の1の表5の項(6)ア中「乳幼児いすその他」を「乳幼児椅子その他」に、「乳幼児いす等」を「乳幼児椅子等」に改め、同表の1の表5の項(6)イ中「乳幼児いす等」を「乳幼児椅子等」に改め、同表の1の表6の項(1)、(2)及び

(3)中「車いす利用者用駐車施設」を「車椅子利用者用駐車施設」に改め、同表の1の表7の項(3)中「溝ぶた」を「溝蓋」に、「車いす」を「車椅子」に改め、同表の1の表7の項(4)イ中「車いす利用者用特殊構造昇降機」を「車椅子利用者用特殊構造昇降機」に改め、同表の1の表7の項(4)ウ中「車いす」を「車椅子」に改め、同表の1の表9の項(1)及び(2)中「車いす利用者」を「車椅子利用者」に改め、同表の1の表9の項(4)中「舞台そで口」を「舞台袖口」に改め、同表の1の表10の項(6)、11の項(6)、12の項、13の項(1)及び14の項(1)中「車いす利用者」を「車椅子利用者」に改め、同表の1の表15の項(1)中「車いす利用者利用可能昇降機、車いす利用者用特殊構造昇降機」を「車椅子利用者利用可能昇降機、車椅子利用者用特殊構造昇降機」に改め、同表の2の表3の項(2)中「車いす利用者利用可能昇降機若しくは車いす利用者用特殊構造昇降機」を「車椅子利用者利用可能昇降機若しくは車椅子利用者用特殊構造昇降機」に改め、同表の2の表12の項(1)中「車いす利用者利用可能昇降機、車いす利用者用特殊構造昇降機」を「車椅子利用者利用可能昇降機、車椅子利用者用特殊構造昇降機」に改め、同表の3の表1の項(4)中「溝ぶた」を「溝蓋」に、「車いす」を「車椅子」に改め、同表の3の表1の項(5)及び4の表1の項(4)中「こう配」を「勾配」に改め、同表の4の表1の項(5)中「さく」を「柵」に改め、同表の4の表2の項(1)ウ中「縦断こう配」を「縦断勾配」に改め、同表の4の表2の項(1)エ中「溝ぶた」を「溝蓋」に、「車いす」を「車椅子」に改める。

別表第3中

「

区 分	図 書	
	種 類	明 示 す べ き 事 項

」

を

区分	図書	
	種類	明示すべき事項

」

に改める。

別記第2号様式(その1)(建築物用)の整備項目表(個表)の2中「け上げ」を「蹴上げ」に、「車いすの」を「車椅子の」に、「車いすが」を「車椅子が」に、「車いす利用者利用可能昇降機若しくは車いす利用者用特殊構造昇降機」を「車椅子利用者利用可能昇降機若しくは車椅子利用者用特殊構造昇降機」に、「こう配」を「勾配」に、「車いす利用者利用可能昇降機及び車いす利用者用特殊構造昇降機」を「車椅子利用者利用可能昇降機及び車椅子利用者用特殊構造昇降機」に改め、同様式(その1)(建築物用)の整備項目表(個表)の3中「け上げ」を「蹴上げ」に改め、同様式(その1)(建築物用)の整備項目表(個表)の4中「車いす使用者」を「車椅子使用者」に改め、同様式(その1)(建築物用)の整備項目表(個表)の5中「乳幼児いす等」を「乳幼児椅子等」に改め、同様式(その1)(建築物用)の整備項目表(個表)の6中「車いす利用者用駐車施設」を「車椅子利用者用駐車施設」に、「溝ぶた」を「溝蓋」に、「車いすの」を「車椅子の」に、「こう配」を「勾配」に、「車いすが」を「車椅子が」に改め、同様式(その1)(建築物用)の整備項目表(個表)の7中「け上げ」を「蹴上げ」に、「溝ぶた」を「溝蓋」に、「車いすの」を「車椅子の」に、「車いす利用者用特殊構造昇降機」を「車椅子利用者用特殊構造昇降機」に、「こう配」を「勾配」に、「車いすが」を「車椅子が」に改め、同様式(その1)(建築物用)の整備項目表(個表)の8中「車いす使用者」を「車椅子使用者」に改め、同様式(その1)(建築物用)の整備項目表(個表)の9中「車いす使用者」を「車椅子使用者」に、「こう

配)を「勾配)に、「舞台そで口)を「舞台袖口)に改め、同様式(その1)(建築物用)の整備項目表(個表)の10、11、12、13及び14中「車いす使用者)を「車椅子使用者)に改め、同様式(その1)(建築物用)の整備項目表(個表)の15中「車いす使用者利用可能昇降機、車いす使用者用特殊構造昇降機)を「車椅子使用者利用可能昇降機、車椅子使用者用特殊構造昇降機)に改め、同様式(その2)(公共交通機関の施設用)の整備項目表(個表)の3中「け上げ)を「蹴上げ)に、「溝ぶた)を「溝蓋)に、「車いすの)を「車椅子の)に、「車いすが)を「車椅子が)に、「車いす使用者利用可能昇降機若しくは車いす使用者用特殊構造昇降機)を「車椅子使用者利用可能昇降機若しくは車椅子使用者用特殊構造昇降機)に、「こう配)を「勾配)に改め、同様式(その2)(公共交通機関の施設用)の整備項目表(個表)の4中「け上げ)を「蹴上げ)に改め、同様式(その2)(公共交通機関の施設用)の整備項目表(個表)の5中「車いす使用者)を「車椅子使用者)に改め、同様式(その2)(公共交通機関の施設用)の整備項目表(個表)の6中「さく)を「柵)に改め、同様式(その2)(公共交通機関の施設用)の整備項目表(個表)の7中「乳幼児いす等)を「乳幼児椅子等)に改め、同様式(その2)(公共交通機関の施設用)の整備項目表(個表)の8中「車いす使用者用駐車施設)を「車椅子使用者用駐車施設)に、「溝ぶた)を「溝蓋)に、「車いすの)を「車椅子の)に、「車いす使用者用特殊構造昇降機)を「車椅子使用者用特殊構造昇降機)に、「こう配)を「勾配)に、「車いすが)を「車椅子が)に改め、同様式(その2)(公共交通機関の施設用)の整備項目表(個表)の9及び10中「車いす使用者)を「車椅子使用者)に改め、同様式(その2)(公共交通機関の施設用)の整備項目表(個表)の12中「車いす使用者利用可能昇降機、車いす使用者用特殊構造昇降機)を「車椅子使用者利用可能昇降機、車椅子使用者用特殊構造昇降機)に改め、同様式(その3)(道路用)の整備項目表(個表)の1中「溝ぶた)を「溝蓋)に、「車いす)を「車椅子)に、「こう配)を「勾配)に改め、同様式(その3)(道路用)の整備項目表(個表)の2中「け上げ)を「蹴上げ)に改め、同様式(その4)(公園用)の整備項目表(個表)の1中「こう配)を「勾配)に、「さく)を「柵)に改め、同様式(その4)(公園用)の整備項目表(個表)の2中「縦断こう配)を「縦断勾配)に、「こう配)を「勾配)に、「溝ぶた)を「溝蓋)に、「車いす)を「車椅子)に、「け上げ)を「蹴上げ)に、「こう配は)を「勾配は)に、「こう配が)を「勾配が)に改め、同様式(その4)(公園用)の整備項目表(個表)の3中「乳幼児いす等)を「乳幼児椅子等)に改め、同様式(その4)(公園用)の整備項目表(個表)の4中「車いす使用者用駐車施設)を「車椅子使用者用駐車施設)に、「溝ぶた)を「溝蓋)に、「車いすの)を「車椅子の)に、「車いす使用者用特殊構造昇降機)を「車椅子使用者用特殊構造昇降機)に、「こう配)を「勾配)に、「車いすが)を「車椅子が)に改め、同様式(その5)(建築物以外の路外駐車場用)の整備項目表(個表)の2中「車いす使用者用駐車施設)を「車椅子使用者用駐車施設)に、「溝ぶた)を「溝蓋)に、「車いすの)を「車椅子の)に、「車いす使用者用特殊構造昇降機)を「車椅子使用者用特殊構造昇降機)に、「こう配)を「勾配)に、「車いすが)を「車椅子が)に改める。

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則による改正前の高知県ひとにやさしいまちづくり条例施行規則別記様式は、この規則による改正後の高知県ひとにやさしいまちづくり条例施行規則の規定にかかわらず、残品の限度で使用することができる。

高知県障害者自立支援法施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成23年11月25日

高知県知事 尾崎 正直

高知県規則第69号

高知県障害者自立支援法施行細則の一部を改正する規則

高知県障害者自立支援法施行細則(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1条中「「施行省令)」を「「省令)」に、「及び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の人員、設備及び運営に関する基準等に関する省令(平成18年厚生労働省令第58号。以下「基準省令」という)を「その他の法令(厚生労働省告示を含む)に改める。

第2条の見出し中「の指定)を「の指定等)に改め、同条第1項中「及び基準省令第2条から第6条まで)を「(法第41条第4項において読み替えて準用する場合を含む。)及び省令第34条の7から第34条の19まで(これらの規定を省令第34条の21において準用する場合を含む。)」に、「指定(」を「指定、法第38条第1項(法第41条第4項において読み替えて準用する場合を含む。)及び省令第34条の24第1項(同条第2項において準用する場合を含む。)の規定による指定障害者支援施設(法第29条第1項に規定する指定障害者支援施設をいう。以下同じ。)の指定又は法第40条(法第41条第4項において読み替えて準用する場合を含む。)において読み替えて準用する法第36条第1項及び省令第34条の27第1項(同条第2項において準用する場合を含む。))の規定による指定相談支援事業者(法第32条第1項に規定する指定相談支援事業者をいう。以下同じ。)の指定(」に、「指定障害福祉サービス事業者の)を「指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設又は指定相談支援事業者の)に改め、同条第2項中「法第29条第1項の指定障害福祉サービス事業者)を「指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設又は指定相談支援事業者)に、「という)を「という。)、障害者支援施設(法第5条第13項に規定する障害者支援施設をいう。以下同じ。)又は相談支援事業所(法第45条第1項に規定する相談支援事業所をいう。以下同じ)に改める。

第2条の次に次の1条を加える。

(指定障害福祉サービス事業者等の指定の変更の申請)

第2条の2 法第37条第1項及び省令第34条の22の規定に基づく指定障害福祉サービス事業者の指定の変更又は法第39条第1項及び省令第34条の25の規定に基づく指定障害者支援施設の指定の変更の申請は、別記第1号様式の2によりしなければならない。

第3条中「第46条第1項)を「第46条及び省令第34条の23第1項若しくは第3項、第34条の26又は第34条の28)に改め、「当該指定に係るサービス事業所の名称若しくは所在地又は基準省令第

8条第1項各号に掲げる事項の」を削り、「当該指定障害福祉サービス事業の廃止、休止又は」を「事業の」に、「別記第3号様式」を「別記第3号様式により、事業の廃止又は休止に係るもの」にあっては別記第3号様式の2」に改める。

第3条の次に次の2条を加える。

（指定障害者支援施設の指定の辞退の届出）

第3条の2 法第47条の規定に基づき指定障害者支援施設の指定を辞退しようとする者は、別記第3号様式の3により知事に届け出なければならない。

（添付書類の追加）

第3条の3 知事は、省令に定めるもののほか、第2条第1項及び第2条の2から前条までに規定する申請書又は届出書に必要があると認め書類を添付させることができる。

第4条第1項中「の指定若しくは」を「若しくは指定障害者支援施設の指定若しくは法第32条第1項の指定相談支援事業者の指定若しくは」に、「当該指定の更新若しくは前条」を「これらの指定の更新、法第37条第1項の規定に基づく指定障害福祉サービス事業者の指定の変更若しくは法第39条第1項の規定に基づく指定障害者支援施設の指定の変更、第3条若しくは第3条の2」に、「第50条第1項」を「第50条第1項（同条第3項又は第4項において読み替えて準用する場合を含む。）」に、「の指定の取消し」を「指定障害者支援施設若しくは指定相談支援事業者の指定の取消し」に、「生じた日」を「生じた日及び指定障害者支援施設の指定の辞退の日」に、「指定障害福祉サービス事業者」を「指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設又は指定相談支援事業者」に改め、同項第1号中「指定障害福祉サービス事業者」を「指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設の設置者又は指定相談支援事業者」に、「所在地」を「所在地並びに代表者の職名及び氏名並びに住所」に改め、同項第2号中「サービス事業所」を「サービス事業所若しくは相談支援事業所」に、「所在地」を「所在地又は障害者支援施設の名称及び設置の場所」に改め、同項第3号中「指定障害福祉サービス事業者」を「指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設又は指定相談支援事業者」に改め、同項第4号中「指定障害福祉サービス（）」を「指定障害福祉サービス事業者の指定等」にあっては指定障害福祉サービス（）」に、「種類」を「種類、指定障害者支援施設の指定等」にあっては施設障害福祉サービス（法第5条第1項に規定する施設障害福祉サービスをいう。以下同じ。）の種類及び当該指定障害者支援施設の入所定員」に改め、同項第5号中「の主たる対象とする障害の種類」を「施設障害福祉サービス又は相談支援事業（法第5条第18項に規定する相談支援事業をいう。以下同じ。）の主たる対象者」に改め、同項第6号中「障害福祉サービス事業」を「障害福祉サービス事業、施設障害福祉サービス又は相談支援事業」に改め、同項第7号中「基準省令第38条、第64条、第87条又は第99条」を「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）第31条、第67条、第89条、第104条、第123条、第135条、第149条若しくは第204条、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）第41条又は障害者自立支援法に基づく指定相談支援の事業の人員及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第173号）第19条」に改め、同項第8号中「サービス事業所」を「サービス事業所、障害者支援施設又は相談支援事業所」に改め、同条第2項中「同項第1号」を「同項第1号に該当する場合に限る。）、同条第3項において読み替えて準用する同条第1項の規定に基づく指定障害者支援施設の指定の取消し（同条第3項において読み替えて準用する同条第1項第1号に該当する場合に限る。）又は同条第4項において読み替えて準用する同条第1項の規定に基づく指定相談支援事業者の指定の取消し（同条第4項において読み替えて準用する同条第1項第1号」に、「当該指定障害福祉サービス事業者」を「当該指定障害福祉サービス事業者、当該指定障害者支援施設の設置者又は当該指定相談支援事業者」に、「サービス事業所」を「サービス事業所、障害者支援施設若しくは相談支援事業所」に改める。

第5条第1項から第3項までの規定中「施行省令」を「省令」に改める。

第6条第1項及び第3項中「施行省令」を「省令」に改め、同条第4項中「次条第2項」を「次条第3項」に改める。

第7条第1項中「施行省令」を「省令」に改め、同条第2項中「前項」を「第1項」に改め、同項を同条第3項とし、同条第1項の次に次の1項を加える。

2 前項の届出書には、省令第47条第1項第4号に掲げる事項を証する書類を添えなければならない。ただし、知事が当該書類により証明すべき事実を公簿等によって確認することができるときは、当該書類の添付を省略することができる。

第8条第1項中「施行省令」を「省令」に改める。

第9条中「施行省令」を「省令」に、「をいう」を「をいう。第14条第3項第3号において同じ」に改める。

第10条から第12条までの規定中「施行省令」を「省令」に改める。

第14条第1項第1号中「指定障害福祉サービス事業者」を「指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設の設置者又は指定相談支援事業者」に改め、同項第2号中「サービス事業所」を「サービス事業所若しくは指定相談支援事業者の当該指定に係る相談支援事業所」に、「所在地」を「所在地又は指定障害者支援施設の名称及び設置の場所」に改め、同項第3号中「前号に掲げる事項の変更」を削り、「又は」を「若しくは当該指定の取消し、指定障害者支援施設の指定、当該指定の辞退若しくは当該指定の取消し又は指定相談支援事業者の指定、当該指定に係る相談

支援事業の廃止若しくは」に改め、同項第4号中「サービス事業所」を「サービス事業所、指定障害者支援施設又は指定相談支援事業者の当該指定に係る相談支援事業所」に改め、同項第5号中「種類」を「種類又は施設障害福祉サービスの種類及び指定障害者支援施設の入所定員」に改め、同条第4項中「第2項」を「第3項」に改め、同項を同条第5項とし、同条第3項を同条第4項とし、同条第2項第2号中「第5条第18項」を「第5条第19項」に改め、同項第3号中「の場合は、標ぼうしている診療科名（前号の自立支援医療の種類に関係があるものに限る。）及び当該」を「であって、育成医療又は更生医療を担当する場合にあっては、担当する育成医療又は更生医療に関係がある」に、「担当している」を「担当する」に改め、同項を同条第3項とし、同条第1項の次に次の1項を加える。

2 法第39条第1項の規定に基づく指定障害者支援施設の指定の変更をしたときは、その旨及び次に掲げる事項を告示するものとする。

- (1) 指定障害者支援施設の設置者の名称及び主たる事務所の所在地
 - (2) 指定障害者支援施設の名称及び設置の場所
 - (3) 指定障害者支援施設の事業番号
 - (4) 指定の変更前及び変更後の施設障害福祉サービスの種類及び指定障害者支援施設の入所定員
 - (5) 指定障害者支援施設の指定の変更年月日
- 別記第1号様式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者
 指定障害者支援施設 指定 (指定更新) 申請書
 指定相談支援事業者

年 月 日

高知県知事 様

申請者 住所
 (設置者) 氏名 [Ⓔ]
 (法人の場合は、主たる事務所の所
 在地、名称及び代表者の職・氏名)

障害者自立支援法第 29 条第 1 項の規定による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 32 条第 1 項の規定による指定相談支援事業者の指定) (第 41 条第 1 項の規定によ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) 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

申請者 (設置者)	フリガナ				
	氏名 (名称)				
	住所 (主たる事務所の所在地)	(郵便番号 -) 都道 市郡 府県 区 (ビルの名称等)			
連絡先	電話番号	ファクシミリ番号			
	Eメールアドレス				
法人の種類別	法人所管庁				
代表者の職・氏名及び生年月日	職名	フリガナ	生年月日	年 月 日	
	氏名				
代表者の住所	(郵便番号 -) 都道 市郡 府県 区 (ビルの名称等)				
指定 (指定更新)を受けようとする事業所(施設)	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 -) 高知県 市 郡 (ビルの名称等)			
同一所在地において行う事業の種類		指定 (指定更新) 申請をする事業の事業開始予定 (事業開始) 年月日	既に指定を受けている事業の指定年月日	添付様式	
障害福祉サービス		年 月 日	年 月 日	別紙	
		年 月 日	年 月 日	別紙	
		年 月 日	年 月 日	別紙	
		年 月 日	年 月 日	別紙	
		年 月 日	年 月 日	別紙	
施設		年 月 日	年 月 日	別紙	

設) 障害福祉サービス		年 月 日	年 月 日	別紙
		年 月 日	年 月 日	別紙
		年 月 日	年 月 日	別紙
		年 月 日	年 月 日	別紙
	相談支援事業	年 月 日	年 月 日	別紙

- 注 1 「受付番号」欄及び「事業所 (施設) 所在地市町村番号」欄は、記入しないでください。
 2 「法人の種類別」欄は、申請者又は設置者が法人である場合に、社会福祉法人、医療法人、公益社団法人、公益財団法人、一般社団法人、一般財団法人、株式会社等の別を記入してください。
 3 「法人所管庁」欄は、申請者又は設置者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記入してください。
 4 「指定 (指定更新) 申請をする事業の事業開始予定 (事業開始) 年月日」欄は、該当する欄に、申請をする事業を開始する予定年月日 (指定の更新の場合は、事業を開始した年月日) を記入してください。
 5 「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、該当する欄に、その事業について指定を受けた年月日を記入し、事業所番号を含めて、別添に再度記入してください。
 6 「添付様式」欄は、申請をする事業について添付する別紙の様式番号を記入してください。

別添

指定 (指定更新) を受けようとする事業所 (施設) と同一所在地において既に指定を受けている事業等

法律名	事業等の種類	指定年月日	事業所等番号
障害者自立支援法		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
介護保険法		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	

別紙 1 - 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

事業所	フリガナ 名称				
	所在地	(郵便番号 -) 高知県 市 郡 (ビル)の名称等			
	連絡先	電話番号	ファクシミリ番号		
当該事業の実施について規定している定款、寄附行為等又は条例等の条文 第 条第 項第 号					
管理者	フリガナ	住所	(郵便番号 -)		
	氏名	ヘルパー従事者等との兼務の有無	有 ・ 無	兼務する職名	
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合に記入してください。)	事業所又は施設の名称	兼務する職種及び勤務時間等		
サービス提供責任者	フリガナ	住所	(郵便番号 -)		
	氏名	住所	(郵便番号 -)		
	フリガナ	住所	(郵便番号 -)		
	氏名	住所	(郵便番号 -)		
従業者の職種及び員数 (管理者及びサービス提供責任者を含めて記入してください。)		ヘルパー従事者	その他の従業者		
		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)					
主な揭示事項	営業日				
	営業時間				
	障害福祉サービスの内容	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 ・ 同行援護 ・ 行動援護			
	主たる対象者	居宅介護	特定なし ・ 身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 障害児 ・ 精神障害者		
		重度訪問介護	特定なし ・ 加算対象者以外		
		同行援護	特定なし ・ 身体障害者 (視覚障害) ・ 障害児		
		行動援護	特定なし ・ 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	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				
一体的に管理運営を行う他の					

事業所の名称、所在地等	
添付書類	別添のとおり

- 注 1 「受付番号」欄及び「従業者の職種及び員数」の「基準上の必要人数」欄は、記入しないでください。
- 2 「管理者」の「ヘルパー従事者等との兼務の有無」欄並びに「主な揭示事項」の「障害福祉サービスの内容」欄、「主たる対象者」欄及び「その他参考となる事項」の「第三者評価の実施状況」欄は、いずれか該当するものを○で囲んでください。
- 3 「主な揭示事項」欄は、その内容を簡潔に記入してください。
- 4 「主な揭示事項」の「その他の費用」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について記入してください。
- 5 「主な揭示事項」の「通常の事業の実施地域」欄は、市町村名を記入し、当該区域の全部又は一部の別を併せて記入してください。
 なお、市町村の区域の一部が実施地域である場合は、適宜地図を添えてください。
- 6 指定又は指定の更新を受けようとする事業所において、居宅介護、重度訪問介護又は行動援護のうち複数の障害福祉サービスを行う場合は、この様式にまとめて記入してください。
- 7 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別様に記載した書類を添えてください。
- 8 出張所等がある場合は、別紙1-2に記入してください。また、従業者については、この様式に出張所等に勤務する職員も含めて記入してください。
- 9 添付書類として、定款、寄附行為等及び登記事項証明書又は条例等、事業所の平面図、管理者及びサービス提供責任者の経歴書、運営規程、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、従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表、資産の状況（貸借対照表、財産目録等）、設備及び備品等一覧表等を添えてください。

別紙1-2

居宅介護等を事業所の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 -) 高知県 市 郡			
		(ビルの名称等)			
	連絡先	電話番号	ファクシミリ番号		
主な揭示事項	営業日				
	営業時間				
	障害福祉サービスの内容	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 ・ 同行援護 ・ 行動援護			
	主たる対象者	居宅介護	特定なし ・ 身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 障害児 ・ 精神障害者		
		重度訪問介護	特定なし ・ 加算対象者以外		
		同行援護	特定なし ・ 身体障害者（視覚障害） ・ 障害児		
		行動援護	特定なし ・ 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	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				
一体的に管理運営を行う他の事業所の名称、所在地等					
添付書類	別添のとおり				

- 注 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。
- 2 「主な揭示事項」欄は、その内容を簡潔に記入してください。
- 3 「主な揭示事項」の「障害福祉サービスの内容」欄、「主たる対象者」欄及び「その他参考となる事項」の「第三者評価の実施状況」欄は、いずれか該当するものを○で囲んでください。
- 4 「主な揭示事項」の「その他の費用」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について記入してください。
- 5 「主な揭示事項」の「通常の事業の実施地域」欄は、市町村名を記入し、当該区域の全部又は一部の別を併せて記入してください。
 なお、市町村の区域の一部が実施地域である場合は、適宜地図を添えてください。
- 6 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別様に記載した書類を添えてください。
- 7 添付書類として、定款、寄附行為等及び登記事項証明書又は条例等、事業所の平面図、運営規程、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、設備及び備品等一覧表等を添えてください。

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 -) 高知県 市 郡							
	連絡先	電話番号	ファクシミリ番号						
当該事業の実施について規定している定款、寄附行為等又は条例等の条文 第 条第 項第 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（兼務の場合に記入してください。）								
	同一敷地内の他の事業所又は施設 の従業者との兼務（兼務の場合に 記入してください。）		事業所又は施設の名称 兼務する職種及び勤務 時間等						
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		医師		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）								
看護職員									
		計		看護師		准看護師		看護補助者	
		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）								
		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）								
前年度の平均利用者数（人）									
主 な 掲 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	人							
	設置部分	多目的室（デイルーム） 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	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			
一体的に管理運営を行う他の事業所の名称、所在地等				
添付書類	別添のとおり			

- 注 1 「受付番号」欄、「従業者の職種及び員数」の「基準上の必要人数」欄及び「主な揭示事項」の「基準上の必要定員」欄は、記入しないでください。
 2 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は、利用者の推定数を記入してください。
 3 「主な揭示事項」欄は、その内容を簡潔に記入してください。
 4 「主な揭示事項」の「設置部分」欄及び「その他参考となる事項」の「第三者評価の実施状況」欄は、いずれか該当するものを○で囲んでください。
 5 「主な揭示事項」の「その他の費用」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について記入してください。
 6 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別様に記載した書類を添えてください。
 7 添付書類として、定款、寄附行為等及び登記事項証明書又は条例等、建物の構造概要及び平面図、管理者及びサービス管理責任者の経歴書、運営規程、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、従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表、資産の状況（貸借対照表、財産目録等）、設備及び備品等一覧表、医療法第7条第1項の許可を受けた病院であることを証する書類等を添えてください。

生活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 -) 高知県 市 郡 (ビル)の名称等																																																																																																																																																																													
	連絡先	電話番号	ファクシミリ番号																																																																																																																																																																												
当該事業の実施について規定している定款、寄附行為等又は条例等の条文 第 条第 項第 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(兼務の場合に記入してください。)			事業所又は施設の名称 兼務する職種及び勤務時間等																																																																																																																																																																											
サービス管理責任者	フリガナ 氏名	住所		(郵便番号 -)																																																																																																																																																																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">従業者の職種及び員数</th> <th rowspan="2">サービス管理責任者</th> <th colspan="10">看護職員</th> </tr> <tr> <th colspan="2">医師</th> <th colspan="2">計</th> <th colspan="2">保健師</th> <th colspan="2">看護師</th> <th colspan="2">准看護師</th> </tr> <tr> <th>専従</th> <th>兼務</th> <th>専従</th> <th>兼務</th> <th>専従</th> <th>兼務</th> <th>専従</th> <th>兼務</th> <th>専従</th> <th>兼務</th> <th>専従</th> <th>兼務</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>従業者数</td> <td>常勤(人)</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>非常勤(人)</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">常勤換算後の人数(人)</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">基準上の必要人数(人)</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>理学療法士</td> <td>作業療法士</td> <td>機能訓練指導員</td> <td>生活支援員</td> <td>精神保健福祉士</td> <td>その他の従業者</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>専従</td> <td>兼務</td> <td>専従</td> <td>兼務</td> <td>専従</td> <td>兼務</td> <td>専従</td> <td>兼務</td> <td>専従</td> <td>兼務</td> <td>専従</td> </tr> <tr> <td>従業者数</td> <td>常勤(人)</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>非常勤(人)</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">常勤換算後の人数(人)</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">基準上の必要人数(人)</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>												従業者の職種及び員数	サービス管理責任者	看護職員										医師		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)															理学療法士	作業療法士	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								専従	兼務	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)											
従業者の職種及び員数	サービス管理責任者	看護職員																																																																																																																																																																													
		医師		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)																																																																																																																																																																															
		理学療法士	作業療法士	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																																																																																																																																																																								
		専従	兼務	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)																																																																																																																																																																															
前年度の平均利用者数(人)	事業所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																																																																																																																																																																														
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																																																																																																																																																																													

多機能型による事業の実施の有無	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
一体的に管理運営を行う他の事業所の名称、所在地等				
添付書類	別添のとおり			

- 注 1 「受付番号」欄、「従業者の職種及び員数」の「基準上の必要人数」欄及び「主な揭示事項」の「基準上の必要定員」欄は、記入しないでください。
- 2 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は、利用者の推定数を記入してください。
- 3 「主な揭示事項」欄は、その内容を簡潔に記入してください。
- 4 「主な揭示事項」の「主たる対象者」欄は、該当するものを○で囲んでください。
- 5 「主な揭示事項」の「多機能型による事業の実施の有無」欄及び「その他参考となる事項」の「第三者評価の実施状況」欄は、いずれか該当するものを○で囲んでください。
- 6 「主な揭示事項」の「その他の費用」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について記入してください。
- 7 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別様に記載した書類を添えてください。
- 8 添付書類として、定款、寄附行為等及び登記事項証明書又は条例等、事業所の平面図、管理者及びサービス管理責任者の経歴書、運営規程、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、従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表、資産の状況(貸借対照表、財産目録等)、設備及び備品等一覧表、協力医療機関との契約の内容が分かる書類等を添えてください。

一体的に管理運営を行う従たる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 -) 高知県 市 郡 (ビルの名称等)											
	連絡先	電話番号									ファクシミリ番号		
当該事業の実施について規定している定款、寄附行為等又は条例等の条文 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 -)								
従業者の職種及び員数		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)													
		理学療法士		作業療法士		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	
		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)													
前年度の平均利用者数 (人)		事業所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 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 : ~ :)											
	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											
	多機能型による事業の実施の有無	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
一体的に管理運営を行う他の事業所の名称、所在地等		
添付書類	別添のとおり	

- 注 1 「受付番号」欄、「従業者の職種及び員数」の「基準上の必要人数」欄及び「主な揭示事項」の「基準上の必要定員」欄は、記入しないでください。
- 2 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は、利用者の推定数を記入してください。
- 3 「主な揭示事項」欄は、その内容を簡潔に記入してください。
- 4 「主な揭示事項」の「主たる対象者」欄は、該当するものを○で囲んでください。
- 5 「主な揭示事項」の「多機能型による事業の実施の有無」欄及び「その他参考となる事項」の「第三者評価の実施状況」欄は、いずれか該当するものを○で囲んでください。
- 6 「主な揭示事項」の「その他の費用」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について記入してください。
- 7 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別様に記載した書類を添えてください。
- 8 添付書類として、定款、寄附行為等及び登記事項証明書又は条例等、事業所の平面図、サービス管理責任者の経歴書、運営規程、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、従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表、資産の状況 (貸借対照表、財産目録等)、設備及び備品等一覧表、協力医療機関との契約の内容が分かる書類等を添えてください。

別紙4

児童デイサービス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 -) 高知県 市 郡 (ビルの名称等)							
	連絡先	電話番号			ファクシミリ番号				
当該事業の実施について規定している定款、寄附行為等又は条例等の条文 第 条第 項第 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（兼務の場合に記入してください。）								
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合に記入してください。）		事業所又は施設の名称		兼務する職種及び勤務時間等				
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		指導員		保育士		その他の従業者	
		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）									
主な 掲 示 事 項	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						
		苦情解決の措置概要	窓口（連絡先）			担当者			
その他									
多機能型による事業の実施の有無	有・無								
一体的に管理運営を行う他の事業所の名称、所在地等									
添付書類	別添のとおり								

注 1 「受付番号」欄及び「従業者の職種及び員数」の「基準上の必要人数」欄は、記入しないでください。
 2 「主な掲示事項」欄は、その内容を簡潔に記入してください。

- 「主な掲示事項」の「利用定員」欄、「実施サービス」欄、「設置部分」欄及び「その他参考となる事項」の「第三者評価の実施状況」欄並びに「多機能型による事業の実施の有無」欄は、いずれか該当するものを○で囲んでください。
- 「主な掲示事項」の「その他の費用」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について記入してください。
- 「主な掲示事項」の「通常の事業の実施地域」欄は、市町村名を記入し、当該区域の全部又は一部の別を併せて記入してください。
 なお、市町村の区域の一部が実施地域である場合は、適宜地図を添えてください。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別様に記載した書類を添えてください。
- 添付書類として、定款、寄附行為等及び登記事項証明書又は条例等、事業所の平面図、管理者及びサービス管理責任者の経歴書、運営規程、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、従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表、資産の状況（貸借対照表、財産目録等）、設備及び備品等一覧表等を添えてください。

別紙 5

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 -) 高知県 市 郡 (ビルの名称等)											
	連絡先	電話番号										ファクシミリ番号	
当該事業の実施について規定している定款、寄附行為等又は条例等の条文 第 条第 項第 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(兼務の場合に記入してください。)												
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合に記入してください。)		事業所又は施設の名称										
			兼務する職種及び勤務時間等										
事業所の種別	併設 ・ 空床利用型 ・ 単独型		併設事業所の場合	利用定員数(人)									
				前年度の平均利用者数(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人当たりの最小床面積		平方メートル								
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								
					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)													
					理学療法士等								
			心理判定員		職能判定員		計		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)													
			あん摩マッサージ指圧師		生活支援員		職業指導員		就労支援員		介護職員		
			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)													
			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
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)							
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 ・ 障害児 ・ 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	
	一体的に管理運営を行う他の事業所の名称、所在地等						
添付書類	別添のとおり						

- 注 1 「受付番号」欄及び「従業者の職種及び員数」の「基準上の必要人数」欄は、記入しないでください。
 2 「事業所の種別」欄及び「主な揭示事項」の「その他参考となる事項」の「第三者評価の実施状況」欄は、いずれか該当するものを○で囲んでください。
 3 新設の場合には、「併設事業所の場合」の「前年度の平均利用者数」欄は、利用者の推定数を記入してください。
 4 「主な揭示事項」欄は、その内容を簡潔に記入してください。
 5 「主な揭示事項」の「主たる対象者」欄は、該当するものを○で囲んでください。
 6 「主な揭示事項」の「その他の費用」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について記入してください。
 7 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別様に記載した書類を添えてください。
 8 添付書類として、定款、寄附行為等及び登記事項証明書又は条例等、建物の構造概要及び平面図(併設本体施設の平面図を含みます。)、管理者及びサービス管理責任者の経歴書、運営規程、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、従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表、資産の状況(貸借対照表、財産目録等)、設備及び備品等一覧表、協力医療機関との契約の内容が分かる書類等を添えてください。

別紙6

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 -) 高知県 市 郡 (ビルの名称等)		
	連絡先	電話番号	ファクシミリ番号	
当該事業の実施について規定している定款、寄附行為等又は条例等の条文 第 条第 項第 号				
管理者	フリガナ	住所	(郵便番号 -)	
	氏名			
	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（兼務の場合に記入してください。）		事業所又は施設の名称		
		兼務する職種及び勤務時間等		
サービス提供責任者	フリガナ	住所	(郵便番号 -)	
	氏名			
	フリガナ	住所	(郵便番号 -)	
氏名				
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	事業所の名称及び所在地	事業所番号
	委託による提携事業所	種類	事業所の名称及び所在地	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	特定なし ・ I 類型 ・ II 類型 ・ 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	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			
一体的に管理運営を行う他の事業所の名称、所在地等				
添付書類		別添のとおり		

- 注 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。
 2 「管理者」の「サービス提供責任者との兼務の有無」欄並びに「主な揭示事項」の「主たる対象者」欄及び「その他参考となる事項」の「第三者評価の実施状況」欄は、いずれか該当するものを○で囲んでください。

なお、「主な揭示事項」の「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」を、最重度知的障害者を対象とする場合は「II 類型」を、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、特定しない場合は「特定なし」を選択してください。

- 3 「他に指定を受けている障害福祉サービス等」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について記入してください。重度障害者等包括支援と同時に指定を受けようとするときは、「事業所番号」欄の記入は不要です。
 4 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について「委託による提携事業所」欄に記入してください。この場合において、その事業所が指定を受けていないときは、「事業所番号」欄の記入は不要です。
 5 「主な揭示事項」欄は、その内容を簡潔に記入してください。
 6 「主な揭示事項」の「利用者数」欄は、当該事業所において重度障害者等包括支援を提供することができる利用者の数を記入してください。
 7 「主な揭示事項」の「その他の費用」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について記入してください。
 8 「主な揭示事項」の「通常の事業の実施地域」欄は、市町村名を記入し、当該区域の全部又は一部の別を併せて記入してください。
 なお、市町村の区域の一部が実施地域である場合は、適宜地図を添えてください。
 9 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別様に記載した書類を添えてください。
 10 添付書類として、定款、寄附行為等及び登記事項証明書又は条例等、事業所の平面図、管理者及びサービス提供責任者の経歴書、運営規程、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、従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表、資産の状況（貸借対照表、財産目録等）、設備及び備品等一覧表、協力医療機関との協力体制の概要を記載した書類等を添えてください。

別紙7-1
(その1)

共同生活介護事業所（ケアホーム）
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

受付番号

主たる事業所	フリガナ 名称						
	所在地	(郵便番号 -) 高知県 市 郡 (ビルの名称等)					
	連絡先	電話番号			ファクシミリ番号		
	当該事業の実施について規定している定款、寄附行為等又は条例等の条文				第	条第	項第
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（兼務の場合に記入してください。）						
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合に記入してください。）	事業所又は施設の名称		兼務する職種及び勤務時間等			
利用定員数（人）	共同生活介護事業	前年度の平均利用者数（人）		共同生活介護事業			
	共同生活援助事業			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		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						
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						
一体的に管理運営を行う他の事業所の名称、所在地等							
添付書類	別添のとおり						

- 注 1 「受付番号」欄及び「従業者の職種及び員数」の「基準上の必要人数」欄は、記入しないでください。
 2 「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います。
 3 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は、利用者の推定数を記入してください。
 4 「居宅介護従業者の外部委託の予定」欄及び「その他参考となる事項」の「第三者評価の実施状況」欄

は、いずれか該当するものを○で囲んでください。

- 5 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別様に記載した書類を添えてください。
 6 添付書類として、定款、寄附行為等及び登記事項証明書又は条例等、建物の構造概要及び平面図、管理者及びサービス管理責任者の経歴書、運営規程、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、従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表、資産の状況（貸借対照表、財産目録等）、設備及び備品等一覧表、協力医療機関及び協力歯科医療機関との契約の内容が分かる書類等を添えてください。

(その 2)

共同生活住居 ①	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 -)		
		高知県 市 郡		
		(ビル)の名称等		
	連絡先	電話番号	ファクシミリ番号	
	ケアホーム又はグループホームに供する建物の形態			
	住居区分	一戸建て ・ アパート ・ マンション ・ その他 ()		
	建物の所有者	住所	氏名	
	賃貸借契約の内容	敷金	円 礼金	円 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)	前年度の平均利用者数 (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	知的障害者 ・ 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 -)		
		高知県 市 郡		
		(ビル)の名称等		
	連絡先	電話番号	ファクシミリ番号	
	ケアホーム又はグループホームに供する建物の形態			
	住居区分	一戸建て ・ アパート ・ マンション ・ その他 ()		
	建物の所有者	住所	氏名	
	賃貸借契約の内容	敷金	円 礼金	円 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)	前年度の平均利用者数 (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	知的障害者 ・ 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 -)		
		高知県 市 郡		
		(ビル)の名称等		
	連絡先	電話番号	ファクシミリ番号	
	ケアホーム又はグループホームに供する建物の形態			
	住居区分	一戸建て ・ アパート ・ マンション ・ その他 ()		
	建物の所有者	住所	氏名	

賃貸借契約の内容	敷金	円	礼金	円	家賃 (月額)	円
	契約期間			賃貸料がない理由		
住居の利用定員数 (人)				前年度の平均利用者数 (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	知的障害者 ・ 精神障害者					
利用料						
その他の費用						

- 注 1 「ケアホーム又はグループホームに供する建物の形態」の「住居区分」欄は、いずれか該当するものを○で囲んでください。
- 2 新設の場合には、「ケアホーム又はグループホームに供する建物の形態」の「前年度の平均利用者数」欄は、利用者の推定数を記入してください。
- 3 「ケアホーム又はグループホームに供する建物の形態」の「主たる対象者」欄は、該当するものを○で囲んでください。
- 4 「ケアホーム又はグループホームに供する建物の形態」の「その他の費用」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について記入してください。
- 5 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別様に記載した書類を添えてください。

別紙7-2
(その1)

共同生活介護事業所（地域移行型ホーム）
共同生活援助事業所（地域移行型ホーム）の指定に係る記載事項

受付番号

主たる事業所	フリガナ 名称						
	所在地	(郵便番号 -) 高知県 市 郡 (ビルの名称等)					
	連絡先	電話番号	ファクシミリ番号				
	当該事業の実施について規定している定款、寄附行為等又は条例等の条文 第 条第 項第 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（兼務の場合に記入してください。）						
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合に記入してください。）	事業所又は施設の名称	兼務する職種及び勤務時間等				
利用定員数（人）	共同生活介護事業	共同生活援助事業	前年度の平均利用者数（人）	共同生活介護事業	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	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）							
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						
一体的に管理運営を行う他の事業所の名称、所在地等							
添付書類	別添のとおり						

注 1 「受付番号」欄及び「従業者の職種及び員数」の「基準上の必要人数」欄は、記入しないでください。
2 「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います。

- 3 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は、利用者の推定数を記入してください。
- 4 「居宅介護従業者の外部委託の予定」欄及び「その他参考となる事項」の「第三者評価の実施状況」欄は、いずれか該当するものを○で囲んでください。
- 5 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別様に記載した書類を添えてください。
- 6 添付書類として、定款、寄附行為等及び登記事項証明書又は条例等、建物の構造概要及び平面図、管理者及びサービス管理責任者の経歴書、運営規程、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、従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表、資産の状況（貸借対照表、財産目録等）、設備及び備品等一覧表、協力医療機関及び協力歯科医療機関との契約の内容が分かる書類、入所定員又は精神病院の精神病床数の減少計画書等を添えてください。

(その 2)

共同生活住居 ①	フリガナ 名称						
	所在地	(郵便番号 -)					
		高知県 市 郡					
		(ビルの名称等)					
	連絡先	電話番号			ファクシミリ番号		
	地域移行型ホームに供する建物の形態						
	住居区分	一戸建て ・ アパート ・ マンション ・ その他 ()					
	建物の所有者	住所			氏名		
	賃貸借契約の内容	敷金	円	礼金	円	家賃 (月額)	円
		契約期間			賃貸料がない理由		
	住居の利用定員数 (人)			前年度の平均利用者数 (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	知的障害者 ・ 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 -)					
		高知県 市 郡					
		(ビルの名称等)					
	連絡先	電話番号			ファクシミリ番号		
	地域移行型ホームに供する建物の形態						
	住居区分	一戸建て ・ アパート ・ マンション ・ その他 ()					
	建物の所有者	住所			氏名		
	賃貸借契約の内容	敷金	円	礼金	円	家賃 (月額)	円
		契約期間			賃貸料がない理由		
	住居の利用定員数 (人)			前年度の平均利用者数 (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	知的障害者 ・ 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 -)					
		高知県 市 郡					
		(ビルの名称等)					
	連絡先	電話番号			ファクシミリ番号		
	地域移行型ホームに供する建物の形態						
	住居区分	一戸建て ・ アパート ・ マンション ・ その他 ()					
	建物の所有者	住所			氏名		

賃貸借契約の内容	敷金	円	礼金	円	家賃 (月額)	円
	契約期間			賃貸料がない理由		
住居の利用定員数 (人)			前年度の平均利用者数 (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	知的障害者 ・ 精神障害者					
利用料						
その他の費用						

- 注 1 「地域移行型ホームに供する建物の形態」の「住居区分」欄は、いずれか該当するものを○で囲んでください。
- 2 新設の場合には、「地域移行型ホームに供する建物の形態」の「前年度の平均利用者数」欄は、利用者の推定数を記入してください。
- 3 「地域移行型ホームに供する建物の形態」の「主たる対象者」欄は、該当するものを○で囲んでください。
- 4 「地域移行型ホームに供する建物の形態」の「その他の費用」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について記入してください。
- 5 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別様に記載した書類を添えてください。

別紙7-3
(その1)

経過的居宅介護利用型共同生活介護事業所
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

受付番号

主たる事業所	フリガナ					
	名称				
	所在地	(郵便番号 -)				
		高知県 市 郡				
	(ビルの名称等)					
連絡先	電話番号			ファクシミリ番号		
当該事業の実施について規定している定款、寄附行為等又は条例等の条文 第 条第 項第 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（兼務の場合に記入してください。）					
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合に記入してください。）	事業所又は施設の名称		兼務する職種及び勤務時間等		
利用定員数（人）	共同生活介護事業			前年度の平均利用者数（人）	共同生活介護事業	
	共同生活援助事業				共同生活援助事業	
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		
		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）					
平成18年9月30日における居宅介護（身体介護・家事援助・日常生活支援）の利用者数（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		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					
一体的に管理運営を行う他の事業所の名称、所在地等						
添付書類	別添のとおり					

- 注 1 「受付番号」欄及び「従業者の職種及び員数」の「基準上の必要人数」欄は、記入しないでください。
 2 「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います。
 3 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は、利用者の推定数を記入してください。
 4 「その他参考となる事項」の「第三者評価の実施状況」欄は、いずれか該当するものを○で囲んでくださ

- い。
 5 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別様に記載した書類を添えてください。
 6 添付書類として、定款、寄附行為等及び登記事項証明書又は条例等、建物の構造概要及び平面図、管理者及びサービス管理責任者の経歴書、運営規程、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、従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表、資産の状況（貸借対照表、財産目録等）、設備及び備品等一覧表、協力医療機関及び協力歯科医療機関との契約の内容が分かる書類、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等を添えてください。

(その 2)

共同生活住居 ①	フリガナ 名称						
	所在地	(郵便番号 -)					
		高知県 市 郡					
		(ビルの名称等)					
	連絡先	電話番号	ファクシミリ番号				
	経過的居宅介護利用型ケアホーム又はグループホームに供する建物の形態						
	住居区分	一戸建て ・ アパート ・ マンション ・ その他 ()					
	建物の所有者	住所	氏名				
	賃貸借契約の内容	敷金	円	礼金	円	家賃 (月額)	円
		契約期間	賃貸料がない理由				
	住居の利用定員数 (人)	前年度の平均利用者数 (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	知的障害者 ・ 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 -)					
		高知県 市 郡					
		(ビルの名称等)					
	連絡先	電話番号	ファクシミリ番号				
	経過的居宅介護利用型ケアホーム又はグループホームに供する建物の形態						
	住居区分	一戸建て ・ アパート ・ マンション ・ その他 ()					
	建物の所有者	住所	氏名				
	賃貸借契約の内容	敷金	円	礼金	円	家賃 (月額)	円
		契約期間	賃貸料がない理由				
	住居の利用定員数 (人)	前年度の平均利用者数 (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	知的障害者 ・ 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 -)					
		高知県 市 郡					
		(ビルの名称等)					
	連絡先	電話番号	ファクシミリ番号				
	経過的居宅介護利用型ケアホーム又はグループホームに供する建物の形態						
	住居区分	一戸建て ・ アパート ・ マンション ・ その他 ()					
	建物の所有者	住所	氏名				

賃貸借契約の内容	敷金	円	礼金	円	家賃 (月額)	円
	契約期間	賃貸料がない理由				
住居の利用定員数 (人)	前年度の平均利用者数 (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	知的障害者 ・ 精神障害者					
利用料						
その他の費用						

- 注 1 「経過的居宅介護利用型ケアホーム又はグループホームに供する建物の形態」の「住居区分」欄は、いずれか該当するものを○で囲んでください。
- 2 新設の場合には、「経過的居宅介護利用型ケアホーム又はグループホームに供する建物の形態」の「前年度の平均利用者数」欄は、利用者の推定数を記入してください。
- 3 「経過的居宅介護利用型ケアホーム又はグループホームに供する建物の形態」の「主たる対象者」欄は、該当するものを○で囲んでください。
- 4 「経過的居宅介護利用型ケアホーム又はグループホームに供する建物の形態」の「その他の費用」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について記入してください。
- 5 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別様に記載した書類を添えてください。

自立訓練（機能訓練）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 -) 高知県 市 郡 (ビル)の名称等							
	連絡先	電話番号	ファクシミリ番号						
当該事業の実施について規定している定款、寄附行為等又は条例等の条文 第 条第 項第 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（兼務の場合に記入してください。）								
	同一敷地内の他の事業所又は施設 の従業者との兼務（兼務の場合に 記入してください。）	事業所又は施設の名称	兼務する職種及び勤務 時間等						
訪問事業の実施の有無	有 ・ 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		
	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）								
	機能訓練指導員		生活支援員		訪問支援員		その他の従業者		
	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）									
前年度の平均利用者数（人）									
主な 掲 示 事 項	営業日								
	営業時間								
	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							
	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		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
多機能型による事業の実施の有無	有 ・ 無	
一体的に管理運営を行う他の事業所の名称、所在地等		
添付書類	別添のとおり	

- 注 1 「受付番号」欄、「従業者の職種及び員数」の「基準上の必要人数」欄及び「主な掲示事項」の「基準上の必要定員」欄は、記入しないでください。
- 2 「訪問事業の実施の有無」欄、「主な掲示事項」の「その他参考となる事項」の「第三者評価の実施状況」欄及び「多機能型による事業の実施の有無」欄は、いずれか該当するものを○で囲んでください。
- 3 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は、利用者の推定数を記入してください。
- 4 「主な掲示事項」欄は、その内容を簡潔に記入してください。
- 5 「主な掲示事項」の「主たる対象者」欄は、該当するものを○で囲んでください。
- 6 「主な掲示事項」の「その他の費用」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について記入してください。
- 7 「主な掲示事項」の「通常の事業の実施地域」欄は、市町村名を記入し、当該区域の全部又は一部の別を併せて記入してください。
なお、市町村の区域の一部が実施地域である場合は、適宜地図を添えてください。
- 8 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別様に記載した書類を添えてください。
- 9 添付書類として、定款、寄附行為等及び登記事項証明書又は条例等、事業所の平面図、管理者及びサービス管理責任者の経歴書、運営規程、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、従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表、資産の状況（貸借対照表、財産目録等）、設備及び備品等一覧表、協力医療機関との契約の内容が分かる書類等を添えてください。

別紙8-2

一体的に管理運営を行う従たる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 -)										
		高知県 市 郡										
	(ビルの名称等)											
連絡先	電話番号					ファクシミリ番号						
当該事業の実施について規定している定款、寄附行為等又は条例等の条文 第 条第 項第 号												
訪問事業の実施の有無		有 ・ 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		看護職員		理学療法士		作業療法士				
従業者数	常勤 (人)	専従	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)												
従業者数	常勤 (人)	機能訓練指導員		生活支援員		訪問支援員		その他の従業者				
	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)												
前年度の平均利用者数 (人)												
主な 掲 示 事 項	営業日											
	営業時間											
	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										
	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		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						
多機能型による事業の実施の有無	有 ・ 無											
一体的に管理運営を行う他の事業所の名称、所在地等												
添付書類	別添のとおり											

- 注 1 「受付番号」欄、「従業者の職種及び員数」の「基準上の必要人数」欄及び「主な揭示事項」の「基準上の必要定員」欄は、記入しないでください。
- 2 「訪問事業の実施の有無」欄、「主な揭示事項」の「その他参考となる事項」の「第三者評価の実施状況」欄及び「多機能型による事業の実施の有無」欄は、いずれか該当するものを○で囲んでください。
- 3 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は、利用者の推定数を記入してください。
- 4 「主な揭示事項」欄は、その内容を簡潔に記入してください。
- 5 「主な揭示事項」の「主たる対象者」欄は、該当するものを○で囲んでください。
- 6 「主な揭示事項」の「その他の費用」欄は、利用者へ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入してください。
- 7 「主な揭示事項」の「通常の事業の実施地域」欄は、市町村名を記入し、当該区域の全部又は一部の別を併せて記入してください。
- なお、市町村の区域の一部が実施地域である場合は、適宜地図を添えてください。
- 8 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別様に記載した書類を添えてください。
- 9 添付書類として、定款、寄附行為等及び登記事項証明書又は条例等、事業所の平面図、サービス管理責任者の経歴書、運営規程、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、従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表、資産の状況 (貸借対照表、財産目録等)、設備及び備品等一覧表、協力医療機関との契約の内容が分かる書類等を添えてください。

自立訓練（生活訓練）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 -) 高知県 市 郡 (ビル名称等)						
	連絡先	電話番号	ファクシミリ番号					
	当該事業の実施について規定している定款、寄附行為等又は条例等の条文 第 条第 項第 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（兼務の場合に記入してください。）							
	同一敷地内の他の事業所又は施設 の従業者との兼務（兼務の場合に 記入してください。）	事業所又は施設の名称 兼務する職種及び勤務 時間等						
訪問事業の実施の有無	有 ・ 無		宿泊型事業の実施の有無	有 ・ 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	
	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)							
			地域移行支援員		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)								
居室（宿泊型事業を実施する 場合に記入してください。）	1室の最大定員 (人)							
	入所者1人当たりの最小床面積		平方メートル					
主な 掲 示 事 項	営業日							
	営業時間							
	主たる対象者	特定なし ・ 知的障害者 ・ 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	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	
多機能型による事業の実施の有無	有 ・ 無		
一体的に管理運営を行う他の事業所の名称、所在地等			
添付書類	別添のとおり		

- 注 1 「受付番号」欄、「従業者の職種及び員数」の「基準上の必要人数」欄及び「主な掲示事項」の「基準上の必要定員」欄は、記入しないでください。
- 2 「訪問事業の実施の有無」欄、「宿泊型事業の実施の有無」欄、「主な掲示事項」の「その他参考となる事項」の「第三者評価の実施状況」欄及び「多機能型による事業の実施の有無」欄は、いずれか該当するものを○で囲んでください。
- 3 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は、利用者の推定数を記入してください。
- 4 「主な掲示事項」欄は、その内容を簡潔に記入してください。
- 5 「主な掲示事項」の「主たる対象者」欄は、該当するものを○で囲んでください。
- 6 「主な掲示事項」の「その他の費用」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について記入してください。
- 7 「主な掲示事項」の「通常の事業の実施地域」欄は、市町村名を記入し、当該区域の全部又は一部の別を併せて記入してください。
なお、市町村の区域の一部が実施地域である場合は、適宜地図を添えてください。
- 8 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別様に記載した書類を添えてください。
- 9 添付書類として、定款、寄附行為等及び登記事項証明書又は条例等、事業所の平面図、管理者及びサービス管理責任者の経歴書、運営規程、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、従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表、資産の状況（貸借対照表、財産目録等）、設備及び備品等一覧表、協力医療機関との契約の内容が分かる書類等を添えてください。

別紙9-2

一体的に管理運営を行う従たる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 -) 高知県 市 郡 (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号	ファクシミリ番号			
当該事業の実施について規定している定款、寄附行為等又は条例等の条文 第 条第 項第 号						
訪問事業の実施の有無		有 ・ 無		宿泊型事業の実施の有無 有 ・ 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		
		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)						
		地域移行支援員		その他の従業者		
		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)						
前年度の平均利用者数(人)						
居室(宿泊型事業を実施する場合に記入してください。)		1室の最大定員(人)		平方メートル		
		入所者1人当たりの最小床面積				
主な 掲 示 事 項	営業日					
	営業時間					
	主たる対象者	特定なし ・ 知的障害者 ・ 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		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				
多機能型による事業の実施の有無	有 ・ 無					
一体的に管理運営を行う他の事業所の名称、所在地等						
添付書類	別添のとおり					

- 注 1 「受付番号」欄、「従業者の職種及び員数」の「基準上の必要人数」欄及び「主な揭示事項」の「基準上の必要定員」欄は、記入しないください。
- 2 「訪問事業の実施の有無」欄、「宿泊型事業の実施の有無」欄、「主な揭示事項」の「その他参考となる事項」の「第三者評価の実施状況」欄及び「多機能型による事業の実施の有無」欄は、いずれか該当するものを○で囲んでください。
- 3 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は、利用者の推定数を記入してください。
- 4 「主な揭示事項」欄は、その内容を簡潔に記入してください。
- 5 「主な揭示事項」の「主たる対象者」欄は、該当するものを○で囲んでください。
- 6 「主な揭示事項」の「その他の費用」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について記入してください。
- 7 「主な揭示事項」の「通常の事業の実施地域」欄は、市町村名を記入し、当該区域の全部又は一部の別を併せて記入してください。
- なお、市町村の区域の一部が実施地域である場合は、適宜地図を添えてください。
- 8 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別様に記載した書類を添えてください。
- 9 添付書類として、定款、寄附行為等及び登記事項証明書又は条例等、事業所の平面図、サービス管理責任者の経歴書、運営規程、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、従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表、資産の状況(貸借対照表、財産目録等)、設備及び備品等一覧表、協力医療機関との契約の内容が分かる書類等を添えてください。

別紙10-1

就労移行支援事業所（一般型）
就労移行支援事業所（資格取得型）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 -) 高知県 市 郡 (ビルの名称等)						
	連絡先	電話番号	ファクシミリ番号					
当該事業の実施について規定している定款、寄附行為等又は条例等の条文 第 条第 項第 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（兼務の場合に記入してください。）							
	同一敷地内の他の事業所又は施設 の従業者との兼務（兼務の場合に 記入してください。）		事業所又は施設の名称		兼務する職種及び勤務 時間等			
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		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
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 掲 示 事 項	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						
	基準上の必要定員	人						
	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					
提携就労支援機関								
多機能型による事業の実施の有無	有・無							

一体的に管理運営を行う他の事業所の名称、所在地等	
添付書類	別添のとおり

- 注 1 「受付番号」欄、「従業者の職種及び員数」の「基準上の必要人数」欄及び「主な揭示事項」の「基準上の必要定員」欄は、記入しないでください。
- 2 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は、利用者の推定数を記入してください。
- 3 「主な揭示事項」欄は、その内容を簡潔に記入してください。
- 4 「主な揭示事項」の「主たる対象者」欄は、該当するものを○で囲んでください。
- 5 「主な揭示事項」の「その他の費用」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について記入してください。
- 6 「主な揭示事項」の「その他参考となる事項」の「第三者評価の実施状況」欄及び「多機能型による事業の実施の有無」欄は、いずれか該当するものを○で囲んでください。
- 7 「提携就労支援機関」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してください。
- 8 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別様に記載した書類を添えてください。
- 9 添付書類として、定款、寄附行為等及び登記事項証明書又は条例等、事業所の平面図、管理者及びサービス管理責任者の経歴書、運営規程、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、従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表、資産の状況（貸借対照表、財産目録等）、設備及び備品等一覧表、協力医療機関との契約の内容が分かる書類等を添えてください。

一体的に管理運営を行う従たる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 -) 高知県 市 郡 (ビルの名称等)							
	連絡先	電話番号	ファクシミリ番号						
当該事業の実施について規定している定款、寄附行為等又は条例等の条文 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	
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 掲 示 事 項	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							
	基準上の必要定員	人							
	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					
提携就労支援機関									
多機能型による事業の実施の有無	有 ・ 無								
一体的に管理運営を行う他の事業所の名称、所在地等									
添付書類	別添のとおり								

注 1 「受付番号」欄、「従業者の職種及び員数」の「基準上の必要人数」欄及び「主な掲示事項」の「基準上の必要定員」欄は、記入しないでください。

2 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は、利用者の推定数を記入してください。

- 「主な掲示事項」欄は、その内容を簡潔に記入してください。
- 「主な掲示事項」の「主たる対象者」欄は、該当するものを○で囲んでください。
- 「主な掲示事項」の「その他の費用」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について記入してください。
- 「主な掲示事項」の「その他参考となる事項」の「第三者評価の実施状況」欄及び「多機能型による事業の実施の有無」欄は、いずれか該当するものを○で囲んでください。
- 「提携就労支援機関」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してください。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別様に記載した書類を添えてください。
- 添付書類として、定款、寄附行為等及び登記事項証明書又は条例等、事業所の平面図、サービス管理責任者の経歴書、運営規程、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、従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表、資産の状況 (貸借対照表、財産目録等)、設備及び備品等一覧表、協力医療機関との契約の内容が分かる書類等を添えてください。

別紙11-1

就労継続支援（A型） 事業所の指定に係る記載事項
就労継続支援（B型）

受付番号

事業所	フリガナ 名称								
	所在地	(郵便番号 -) 高知県 市 郡 (ビルの名称等)							
	連絡先	電話番号			ファクシミリ番号				
	当該事業の実施について規定している定款、寄附行為等又は条例等の条文 第 条第 項第 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（兼務の場合に記入してください。）								
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合に記入してください。）	事業所又は施設の名称	兼務する職種及び勤務時間等						
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		職業指導員		生活支援員		その他の従業者	
		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）									
前年度の平均利用者数（人）									
主な 掲 示 事 項	営業日								
	営業時間								
	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							
	基準上の必要定員	人							
	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				
多機能型による事業の実施の有無	有 ・ 無								
一体的に管理運営を行う他の事業所の名称、所在地等									
添付書類	別添のとおり								

注 1 「受付番号」欄、「従業者の職種及び員数」の「基準上の必要人数」欄及び「主な掲示事項」の「基準上の必要定員」欄は、記入しないください。

- 2 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は、利用者の推定数を記入してください。
- 3 「主な掲示事項」欄は、その内容を簡潔に記入してください。
- 4 「主な掲示事項」の「主たる対象者」欄は、該当するものを○で囲んでください。
- 5 「主な掲示事項」の「その他の費用」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について記入してください。
- 6 「主な掲示事項」の「その他参考となる事項」の「第三者評価の実施状況」欄及び「多機能型による事業の実施の有無」欄は、いずれか該当するものを○で囲んでください。
- 7 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別様に記載した書類を添えてください。
- 8 添付書類として、定款、寄附行為等及び登記事項証明書又は条例等、事業所の平面図、管理者及びサービス管理責任者の経歴書、運営規程、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、従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表、資産の状況（貸借対照表、財産目録等）、設備及び備品等一覧表、協力医療機関との契約の内容が分かる書類等を添えてください。

別紙11-2

一体的に管理運営を行う従たる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 -) 高知県 市 郡 (ビルの名称等)							
	連絡先	電話番号					ファクシミリ番号		
当該事業の実施について規定している定款、寄附行為等又は条例等の条文 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 -)					
従業者の職種及び員数		サービス管理責任者		職業指導員		生活支援員		その他の従業者	
		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)									
前年度の平均利用者数(人)									
主な 掲 示 事 項	営業日								
	営業時間								
	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							
	基準上の必要定員	人							
	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			
多機能型による事業の実施の有無	有・無								
一体的に管理運営を行う他の事業所の名称、所在地等									
添付書類	別添のとおり								

- 注 1 「受付番号」欄、「従業者の職種及び員数」の「基準上の必要人数」欄及び「主な揭示事項」の「基準上の必要定員」欄は、記入しないでください。
- 2 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は、利用者の推定数を記入してください。
- 3 「主な揭示事項」欄は、その内容を簡潔に記入してください。
- 4 「主な揭示事項」の「主たる対象者」欄は、該当するものを○で囲んでください。
- 5 「主な揭示事項」の「その他の費用」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について記入してください。
- 6 「主な揭示事項」の「その他参考となる事項」の「第三者評価の実施状況」欄及び「多機能型による事業の実施の有無」欄は、いずれか該当するものを○で囲んでください。

- 7 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別様に記載した書類を添えてください。
- 8 添付書類として、定款、寄附行為等及び登記事項証明書又は条例等、事業所の平面図、サービス管理責任者の経歴書、運営規程、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、従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表、資産の状況(貸借対照表、財産目録等)、設備及び備品等一覧表、協力医療機関との契約の内容が分かる書類等を添えてください。

別紙12
(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）

受付番号

主たる事業所	フリガナ 名称			
	所在地	(郵便番号 -) 高知県 市 郡	(ビル)の名称等	
	連絡先	電話番号	ファクシミリ番号	
	注 多機能型による事業を実施する他の事業所については、下の欄に記入してください。			
事業所1	フリガナ 名称			
	所在地	(郵便番号 -) 高知県 市 郡	(ビル)の名称等	
	連絡先	電話番号	ファクシミリ番号	
	事業所2	フリガナ 名称		
所在地		(郵便番号 -) 高知県 市 郡	(ビル)の名称等	
連絡先		電話番号	ファクシミリ番号	
事業所3		フリガナ 名称		
	所在地	(郵便番号 -) 高知県 市 郡	(ビル)の名称等	
	連絡先	電話番号	ファクシミリ番号	
	事業所4	フリガナ 名称		
所在地		(郵便番号 -) 高知県 市 郡	(ビル)の名称等	
連絡先		電話番号	ファクシミリ番号	
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（兼務の場合に記入してください。）			

同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合に記入してください。）		事業所又は施設の名称							
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		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							
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							
前年度の平均利用者数（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								
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					
主たる事務所									
従たる事務所									
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）
主たる事務所									
従たる事務所									
合計									

(その2)

従業者の職種及び員数														
合計	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		
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)													
主たる事業所	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)												
従たる事業所	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													
			計		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員		計		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
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)													
主たる事業所	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)												
従たる事業所	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													
			訪問		計		兼教官以外		兼教官		就労支援員		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
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)													
主たる事業所	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)												

従たる事業所	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)											

- 注 1 「受付番号」欄及び「従業者の職種及び員数」の「基準上の必要人数」欄は、記入しないでください。
 2 「主たる対象とする障害の種類」欄は、該当するものを○で囲んでください。
 3 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は、利用者の推定数を記入してください。
 4 「実施事業」欄は、実施する事業について、該当する欄に○を記入してください。
 5 「定員緩和措置の有無」欄は、いずれか該当するものを○で囲んでください。
 6 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別様に記載した書類を添えてください。

障害者支援施設の指定に係る記載事項

受付番号

施設 名称	フリガナ										
	所在地 (郵便番号 -) 高知県 市 郡 (ビルの名称等)										
	連絡先 電話番号					ファクシミリ番号					
当該事業の実施について規定している定款、寄附行為等又は条例等の条文 第 条第 項第 号											
管理者 氏名	フリガナ (郵便番号 -)										
	住所										
	当該施設で兼務する他の職務(兼務の場合に記入してください。)										
同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合に記入してください。)					事業所又は施設の名称					兼務する職種及び勤務時間等	
施設障害福祉サービスの種類											
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		定数緩和措置の有無		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									
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		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	
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)											
理学療法士等											
計		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員		計		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)											
訪問		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			
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	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							
	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								
連携する公共職業安定所その他関係機関の名称										
添付書類		別添のとおり								

- 注 1 「受付番号」欄及び「従業者の職種及び員数」の「基準上の必要人数」欄は、記入しないでください。
- 2 「昼間実施サービスの定員」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してください。
- 3 「昼間実施サービスの定員」の「定数緩和措置の有無」欄、「他の社会福祉施設との併設の有無」欄及び「主な揭示事項」の「その他参考となる事項」の「第三者評価の実施状況」欄は、いずれか該当するものを○で囲んでください。
- 4 「施設入所支援の定員」欄は、施設入所支援に複数のサービス単位を設ける場合は、その定員の合計数を記入してください。
- 5 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は、利用者の推定数を記入してください。
- 6 「主な揭示事項」の「主たる対象者」欄は、該当するものを○で囲んでください。
- 7 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別様に記載した書類を添えてください。
- 8 添付書類として、定款、寄附行為等及び登記事項証明書又は条例等、建物の構造概要及び平面図、管理者及びサービス管理責任者の経歴書、運営規程、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、従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表、資産の状況(貸借対照表、財産目録等)、設備及び備品等一覧表、協力医療機関及び協力歯科医療機関との契約の内容が分かる書類等を添えてください。

昼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

施設の名称							
昼間実施サービス	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)	就労継続支援 (B型)
	サービス単位 有 無						
実施する事業							
前年度の平均利用者数 (人)							
多機能型による事業の実施の有無		有	無	昼間実施サービスの総定員数(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					
		サービス単位	4未満	4以上5未満	5以上		
前年度の平均利用者数 (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		サービス単位1	サービス単位2	サービス単位3			
前年度の平均利用者数(人)							
設備の状況		居室		廊下			
		1室の最大定員(人)	入所者1人当たりの最小床面積(m ²)	廊下の幅(m)	中廊下の幅(m)		
基準上の必要値							
既存施設からの移行の場合		既存施設名	施設種別	経過措置の有無	特定旧法受給者数(人)		
				有・無			
当該事業の実施について規定している定款、寄附行為等又は条例等の条文				第 条第 項第 号			
短期入所の実施の有無		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				
	苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)		担当者			
	その他						

- 注 1 「受付番号」欄及び「設備の状況」の「基準上の必要値」欄は、記入しないでください。
 2 「昼間実施サービス」の「実施する事業」欄は、実施する事業について、該当する欄に○を記入してください。
 3 新設の場合には、「昼間実施サービス」の「前年度の平均利用者数」欄及び「施設入所支援」の「前年度の平均利用者数」欄は、利用者の推定数を記入してください。
 4 「昼間実施サービス」の「多機能型による事業の実施の有無」欄、「既存施設からの移行の場合」の「経過措置の有無」欄、「短期入所の実施の有無」欄及び「主な掲示事項」の「その他参考となる事項」の「第三者評価の実施状況」欄は、いずれか該当するものを○で囲んでください。
 なお、「既存施設からの移行の場合」の「経過措置の有無」欄については、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9月厚生労働省令第172号）附則の規定の適用を受ける場合は、「有」を選択してください。

5 「主な掲示事項」の「その他の費用」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について記入してください。

6 「主な掲示事項」の「通常の実施地域」欄は、市町村名を記入し、当該区域の全部又は一部の別を併せて記入してください。

なお、市町村の区域の一部が実施地域である場合は、適宜地図を添えてください。

7 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別様に記載した書類を添えてください。

従業者の職種及び員数に係る記載事項

____ 枚中 ____ 枚目

受付番号

施設の名称		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											
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							
		専従 兼務		専従 兼務		計		保健師		看護師		准看護師	
従業者数		常勤（人）		専従		専従		専従		専従		専従	
		非常勤（人）		兼務		兼務		兼務		兼務		兼務	
常勤換算後の人数（人）													
基準上の必要人数（人）													
		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員		生活支援員		精神保健福祉士		訪問支援員	
従業者数		常勤（人）		専従		専従		専従		専従		専従	
		非常勤（人）		兼務		兼務		兼務		兼務		兼務	
常勤換算後の人数（人）													
基準上の必要人数（人）													
		地域移行支援員		その他の従業者									
従業者数		常勤（人）		専従		専従		専従		専従		専従	
		非常勤（人）		兼務		兼務		兼務		兼務		兼務	
常勤換算後の人数（人）													
基準上の必要人数（人）													
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		生活支援員					
		専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務		計		通所		訪問	
従業者数		常勤（人）		専従		専従		専従		専従		専従	
		非常勤（人）		兼務		兼務		兼務		兼務		兼務	
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											
従業者数		常勤（人）		専従		専従		専従		専従		専従	
		非常勤（人）		兼務		兼務		兼務		兼務		兼務	
常勤換算後の人数（人）													
基準上の必要人数（人）													
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）		専従		専従		専従		専従		専従	

非常勤（人）									
常勤換算後の人数（人）									
基準上の必要人数（人）									

- 注 1 「受付番号」欄及び「従業者の職種及び員数」の「基準上の必要人数」欄は、記入しないでください。
 2 当該施設が実施する施設障害福祉サービスの種類ごと（生活介護及び施設入所支援の場合は、サービス単位ごと）に複数枚に分けて記入し、「施設障害福祉サービスの種類」欄の該当するものを○で囲んでください。
 3 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別様に記載した書類を添えてください。

別紙14

指定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 -) 高知県 市 郡 (ビルの名称等)			
	連絡先	電話番号	ファクシミリ番号		
	当該事業の実施について規定している定款、寄附行為等又は条例等の条文 第 条第 項第 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（兼務の場合に記入してください。）				
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合に記入してください。）	事業所又は施設の名称 兼務する職種及び勤務時間等			
事業開始時の利用者の予定数（人）					
相談支援専門員	フリガナ 氏名	住所 (郵便番号 -)			
従業者の職種及び員数		相談支援専門員		その他の従業者	
		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）					
主な 掲 示 事 項	営業日				
	営業時間				
	主たる対象者	特定なし ・ 身体障害者 ・ 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					
添付書類	別添のとおり				

- 注 1 「受付番号」欄及び「従業者の職種及び員数」の「基準上の必要人数」欄は、記入しないでください。
 2 「主な揭示事項」欄は、その内容を簡潔に記入してください。
 3 「主な揭示事項」の「主たる対象者」欄は、該当するものを○で囲んでください。
 4 「主な揭示事項」の「その他の費用」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について記入してください。
 5 「主な揭示事項」の「通常の事業の実施地域」欄は、市町村名を記入し、当該区域の全部又は一部の別を併せて記入してください。
 なお、市町村の区域の一部が実施地域である場合は、適宜地図を添えてください。
 6 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別様に記載した書類を添えてください。
 7 添付書類として、定款、寄附行為等及び登記事項証明書又は条例等、事業所の平面図、管理者及び相談支援専門員の経歴書、運営規程、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、従業者

の勤務の体制及び勤務形態一覧表、資産の状況（貸借対照表、財産目録等）、設備及び備品等一覧表等を添えてください。

別記第 1 号様式の次に次の 1 様式を加える。

第 1 号様式の 2 (第 2 条の 2 関係)

受付番号

指定障害福祉サービス事業者 変更指定申請書
指定障害者支援施設

年 月 日

高知県知事 様

申請者 住所
(設置者) 氏名 [㊟]
(法人の場合は、主たる事務所の所
在地、名称及び代表者の職・氏名)

障害者自立支援法第 37 条第 1 項 (第 39 条第 1 項) の規定に基づく指定障害福祉サービス事業者 (指定障害者支援施設) に係る変更指定を受けたいので、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			
申請者 (設置者)	フリガナ				
	氏名 (名称)				
	住所 (主たる事務所の所在地)	(郵便番号 -)	都道	市郡	
		府県	区	(ビルの名称等)	
連絡先	電話番号		ファクシミリ番号		
	Eメールアドレス				
法人の種類別			法人所管庁		
代表者の職・氏名及び生年月日	職名		フリガナ		生年月日
			氏名		年 月 日
	代表者の住所	(郵便番号 -)	都道	市郡	
		府県	区	(ビルの名称等)	
変更指定を受けようとする事業所 (施設)	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 -)	高知県	市	郡
		(ビルの名称等)			
	同一所在地において行う事業の種類	実施事業	変更指定を申請をする事業の事業開始予定年月日	添付様式	備考
障害福祉サービス			年 月 日	別紙	
			年 月 日	別紙	
			年 月 日	別紙	
			年 月 日	別紙	
			年 月 日	別紙	
施設障害福祉サービス			年 月 日	別紙	
			年 月 日	別紙	
			年 月 日	別紙	

- 注 1 「受付番号」欄及び「事業所（施設）所在地市町村番号」欄は、記入しないでください。
- 2 「法人の種類別」欄は、申請者又は設置者が法人である場合に、社会福祉法人、医療法人、公益社団法人、公益財団法人、一般社団法人、一般財団法人、株式会社等の別を記入してください。
- 3 「法人所轄庁」欄は、申請者又は設置者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記入してください。
- 4 「実施事業」欄は、今回申請をするもの及び既に指定を受けている事業について、該当する欄に「○」を記入してください。
- 5 「変更指定を申請をする事業の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に、変更指定の申請をする事業を開始する予定年月日を記入してください。
- 6 「添付様式」欄は、申請をする事業について添付する別紙の様式番号を記入してください。

別記第2号様式及び別記第3号様式を次のように改める。

第 2 号 様 式 (第 3 条 関 係)

サービ 事 業 所 等 変 更 届 出 書

年 月 日

高 知 県 知 事 様

事業 者 住 所
(設置 者) 氏 名 [㊞]
(法人 の 場合 は、主 たる 事 務 所 の 所 在 地、名 称 及 び 代 表 者 の 職 ・ 氏 名)

次 の と お り 指 定 を 受 け た 内 容 を 変 更 し ま し た の で、障 害 者 自 立 支 援 法 第 46 条 第 1 項 (第 3 項) の 規 定 に よ り 届 け 出 ます。

		事業所番号
指定内容を変更した事業所又は施設	名称		
	所在地	(郵便番号 -)	
変更に係る障害福祉サービス又は施設障害福祉サービスの種類			
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 事業者 (設置者) の名称			
4 事業者 (設置者) の主たる事務所の所在地			
5 代表者 (設置者) の氏名又は住所			
6 定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等 (当該事業に関するものに限ります。)			
7 事業所 (施設) の平面図			
8 事業所 (施設) の建物の構造概要			
9 事業所 (施設) の設備の概要			
10 事業所 (施設) の管理者の氏名、経歴又は住所			
11 事業所のサービス提供責任者の氏名、経歴又は住所			
12 事業所のサービス管理責任者の氏名、経歴又は住所			
13 相談支援専門員の氏名、経歴又は住所			
14 運営規程			
15 介護給付費等の請求に関する事項			
16 事業所の種別 (併設又は空床利用型の別)			
17 併設事業所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定員			
18 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の内容			
19 協力歯科医療機関の名称及び当該協力歯科医療機関との契約の内容			
20 提供する障害福祉サービスの種類			
21 第三者に委託することにより提供する障害福祉サービスの種類又は当該第三者の事業所の名称若しくは所在地			

22 連携する公共職業安定所その他関係機関の名称	
23 医療機関との協力体制の概要	
24 障害者支援施設等との連携体制及び支援体制の概要	
25 同一敷地内にある入所施設又は病院の概要	
変更年月日	年 月 日

- 注 1 「変更があった事項」欄は、該当する項目の番号を○で囲んでください。
 2 変更の内容が分かる書類を添えてください。
 3 療養介護、児童デイサービス、短期入所、重度障害者等包括支援、共同生活介護、自立訓練 (機能訓練)、自立訓練 (生活訓練)、就労移行支援、就労継続支援 A 型又は共同生活援助に係る障害福祉サービスの利用者の定員の増加に伴う変更の届出の場合は、従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表を添えてください。
 4 変更があった日から 10 日以内に届け出てください。

別記第5号様式を次のように改める。

第5号様式（第5条関係）

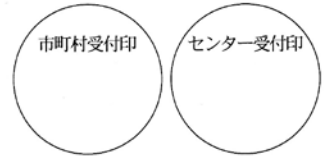
自立支援医療（育成医療）意見書					
受診者	フリガナ		性別	年齢	生年月日
	氏名		男・女	歳	年 月 日
	住所				
病名				先天性・後天性	
				発病年月日	年 月 日
障害の種類（該当するものを○で囲んでください。）	1 肢体不自由 2 視覚障害 3 聴覚・平衡機能障害 4 音声・言語・そしゃく機能障害 5 心臓機能障害 6 腎臓機能障害 7 その他内臓障害 8 免疫機能障害 9 小腸機能障害				
医療の具体的方針					
診療予定期間	年 月 日から 年 月 日まで				
治療	治療見込み期間	入院治療期間	日間	} 通算	日間
		通院治療回数及び期間	回 日間		
		訪問看護予定回数及び期間	回 日間		
医療費概算額	入院治療費	円	} 計	円	
	通院治療費	円			
	補装具、訪問看護費等	円			
移送費見込額	円				
医療費概算額及び移送費見込額の合計額	円				
治療後における障害の回復状況の見込み					
高知県知事 様 指定自立支援医療機関 所在地 名称 電話番号 担当医師氏名 （自署又は記名押印）					年 月 日
上記のとおり診断し、その医療費及び移送費を概算します。					

別記第 8 号様式から別記第10号様式までを次のように改める。

第 8 号様式 (第 6 条関係)

自立支援医療費 (精神通院医療) 支給認定申請書 (新規・再認定・変更)							
対象者・対象児	フリガナ	性別	男・女	年齢	歳	生年月日	
	受診者氏名					年 月 日	
	フリガナ	受診者電話番号					
保護者 (受診者が18歳未満の場合に記入してください。)	フリガナ	受診者との続柄					
	氏名						
	フリガナ	電話番号					
負担額に関する事項	受診者の被保険者証の記号及び番号	受診者の被保険者証の保険者名					
	受診者と同一保険の加入者						
精神障害者保健福祉手帳番号				身体障害者手帳番号			
受診を希望する指定自立支援医療機関 (薬局、訪問看護事業者等を含みます。)	名称	所在地及び電話番号					
自立支援医療費受給者番号							
治療方針の変更	有・無	前回申請時における診断書の添付		有・無			
上記のとおり自立支援医療費 (精神通院医療) の支給を申請します。 高知県知事 様 年 月 日 申請者 氏名 Ⓢ							

- 注 1 「(新規・再認定・変更)」は、いずれか該当するものを○で開んでください。変更の場合は、「対象者・対象児」欄及び変更のある事項のみを記入してください。
 2 「保護者」の「住所」欄及び「電話番号」欄は、受診者の住所及び電話番号と異なる場合に記入してください。
 3 「自立支援医療費受給者番号」欄は、再認定又は変更の場合に記入してください。
 4 「治療方針の変更」欄及び「前回申請時における診断書の添付」欄は、再認定の場合に記入してください。
 5 申請者の氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとしてください。



----- ここから下の欄は、記入しないでください。 -----

自治体記入欄							
申請受付年月日	進達年月日			認定年月日			
前回の所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上	重度かつ継続		該当・非該当			
今回の所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上	重度かつ継続		該当・非該当			
所得確認書類	市町村民税課税証明書 生活保護受給世帯の証明書	市町村民税非課税証明書 その他 ()	標準負担額減額認定証				
診断書の提出	医療用 (1年目)・医療用 (2年目)・手帳用 (1年目)・手帳用 (2年目)・手帳で新規						
前回の自立支援医療費受給者番号	前回の承認期間			年 月 末まで			
備考 (変更の場合は、変更のある項目を記入し、自立支援医療受給者証を添付する。)							
審査会審査欄							
委員名							
審査結果	承認・不承認	承認・不承認	承認・不承認	承認・不承認			
重度かつ継続	該当・非該当	該当・非該当	該当・非該当	該当・非該当			
自立支援医療費支給認定	承認期間	年 月 日から	年 月 日まで	不承認			
負担上限額	重度かつ継続			該当・非該当			

第9号様式 (第6条関係)

診断書 (自立支援医療 (精神通院医療) 支給認定申請用)

氏名		年 月 日生 (歳)	男 ・ 女
住所			
1 病名 (ICDコードは、右の病名と対応するF00からF99までの範囲又はG40のいずれかを記入してください。)	(1) 主たる精神障害 _____ ICDコード ()	(2) 従たる精神障害 _____ ICDコード ()	(3) 身体合併症 _____
2 発病から現在までの病歴 (推定発病年月、発病状況、治療の経過等を記入してください。)	(推定発病年月 年 月 日)		
3 現在の病状、状態像等 (該当するものを○で囲んでください。)	<p>(1) 抑鬱状態 ア 思考・運動抑制 イ 易刺激性・興奮 ウ 憂鬱気分 エ その他 ()</p> <p>(2) 躁状態 ア 行為心迫 イ 多弁 ウ 感情高揚・易刺激性 エ その他 ()</p> <p>(3) 幻覚妄想状態 ア 幻覚 イ 妄想 ウ その他 ()</p> <p>(4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 ア 興奮 イ 昏迷 ウ 拒絶 エ その他 ()</p> <p>(5) 統合失調症等残遺状態 ア 自閉 イ 感情平板化 ウ 意欲の減退 エ その他 ()</p> <p>(6) 情動及び行動の障害 ア 爆発性 イ 暴力・衝動行為 ウ 多動 エ 食行動の異常 オ チック・汚言カ その他 ()</p> <p>(7) 不安及び不穏 ア 強度の不安・恐怖感 イ 強迫体験 ウ 心的外傷に関連する症状 エ 解離・転換症状 オ その他 ()</p> <p>(8) てんかん発作等 (けいれん及び意識障害) ア てんかん発作 発作型 () 頻度 () イ 意識障害 ウ その他 ()</p> <p>(9) 精神作用物質の乱用及び依存等 ア アルコール イ 覚せい剤 ウ 有機溶剤 エ その他 () (ア) 乱用 (イ) 依存 (ウ) 残遺性・遅発性精神病性障害 (エ) その他 ()</p> <p>(10) 知能、記憶、学習等の障害 ア 知的障害 (精神遅滞) (ア) 軽度 (イ) 中等度 (ウ) 重度 イ 認知症 ウ その他の記憶障害 () エ 学習の困難 (ア) 読み (イ) 書き (ウ) 算数 (エ) その他 () オ 遂行機能障害 カ 注意障害 キ その他 ()</p> <p>(11) 広汎性発達障害関連症状 ア 相互的な社会関係の質的障害 イ コミュニケーションのパターンにおける質的障害 ウ 限定した常同的で反復的な関心及び活動 エ その他 ()</p> <p>(12) その他 ()</p>		
4 3の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見等			

5 現在の治療内容 (1) 投薬内容 (2) 精神療法等 (3) 訪問看護指示の有無 (有 ・ 無)
6 今後の治療方針
7 現在の障害福祉サービス等の利用状況 (障害者自立支援法に規定する自立訓練 (生活訓練)、共同生活援助 (グループホーム)、共同生活介護 (ケアホーム)、居宅介護 (ホームヘルプ)、その他の障害福祉サービス等、訪問指導等)
8 備考
上記のとおり診断します。 年 月 日 医療機関 所在地 名称 電話番号 診療科担当科名 担当医師氏名 (自署又は記名押印)

第10号様式 (第6条関係)

自立支援医療受給者証 (精神通院医療)				
公費負担者番号		重度かつ継続		
自立支援医療費受給者番号		該当 ・ 非該当		
受診者	フリガナ		性別	生年月日
	氏名		男 ・ 女	年 月 日
	フリガナ			
	住所			
	被保険者証の記号及び番号		被保険者証の保険者名	
保護者 (受診者が18歳未満の場合に記入してください。)	フリガナ		続柄	
	氏名			
	フリガナ			
	住所			
指定医療機関	名称	所在地及び電話番号		
負担上限額		円	支給要件の確認方法	
有効期間		年 月 日から	年 月 日まで	
上記のとおり認定します。 年 月 日				
高知県知事				印

附 則

この規則は、公布の日から施行する。

告 示

高知県告示第753号

牛のヨーネ病が発生したので、家畜伝染病予防法（昭和26年法律第166号）第13条第4項の規定により次のとおり告示する。

平成23年11月25日

高知県知事 尾崎 正直

患畜

発生頭数	発生場所又は区域	発生前年月日	処分
1 頭	長岡郡本山町	平成23年11月14日	殺処分

高知県告示第754号

道路法（昭和27年法律第180号）第18条第1項の規定により、道路の区域を次のとおり変更する。

その関係図面は、平成23年11月25日から2週間高知県土木部道路課及び高知県須崎土木事務所において一般の縦覧に供する。

平成23年11月25日

高知県知事 尾崎 正直

- 1 道路の種類 国道
- 2 路 線 名 197号
- 3 道路の区域

区 間	変更前後の別	敷地の幅員 (メートル)	延 長 (メートル)
高岡郡構原町神在居 4089番1から 高岡郡構原町神在居 4077番まで	前	9.9 } 65.7	161
	後	25.9 } 125.9	161

高知県告示第755号

道路法（昭和27年法律第180号）第18条第1項の規定により、道路の区域を次のとおり変更する。

その関係図面は、平成23年11月25日から2週間高知県土木部道路課及び高知県高知土木事務所において一般の縦覧に供する。

平成23年11月25日

高知県知事 尾崎 正直

- 1 道路の種類 県道
- 2 路線名 桂浜宝永
- 3 道路の区域

区 間	変更前後の別	敷地の幅員 (メートル)	延 長 (メートル)
高知市仁井田字新築 2236番56から 高知市仁井田字新築 2235番2まで	前	9.1 } 15.1	21
	後	14.9 } 24.7	21

高知県告示756号

売りさばき人が業務を廃止したので、高知県収入証紙条例施行規則（昭和39年高知県規則第28号）第4条第4項の規定により次のとおり告示する。

平成23年11月25日

高知県知事 尾崎 正直

- 1 業務を廃止した売りさばき人の住所及び氏名
高知市春野町南ケ丘五丁目11-9
加田 麻生子
- 2 売りさばき所の所在地及び名称
高知市春野町南ケ丘五丁目11-9
加田
- 3 廃止年月日
平成23年11月9日

公 告

平成23年11月11日付けをもって厚生年金高知リハビリテーション病院内健保労組高知病院支部支部長熊澤幸子から次のとおり争議行為を行う場合がある旨の通知があったので、公表する。

平成23年11月14日（揭示済）

高知県知事 尾崎 正直

- 1 事件
 - (1) 年末一時金について
 - (2) 年末年始休暇及び手当について
 - (3) その他の要求について
- 2 日時
平成23年11月22日午前零時以降、本問題の要求解決に至るまでの期間
- 3 場所

- 4 争議行為の概要

3の場所の全体又は部分的に、全ての業務の停止をはじめ、あらゆる形の争議行為とこれに対する妨害排除のための争議行為を単独又は併用して行う。ただし、救急患者及び入院中の重病患者のための保安要員は配慮する。

~~~~~

特定非営利活動促進法（平成10年法律第7号）第10条第1項の規定により、特定非営利活動法人の設立の認証の申請があったので、同条第2項の規定により次のとおり公告する。

なお、関係書類は、平成23年11月16日から2月間高知県文化生活部県民生活・男女共同参画課において縦覧に供する。

平成23年11月16日（揭示済）

高知県知事 尾崎 正直

| 申請の<br>あった<br>年月日   | 申請に係る特定非営利活動法人           |            |                                   |                                                                                          |
|---------------------|--------------------------|------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
|                     | 名称                       | 代表者の<br>氏名 | 主たる<br>事務所の<br>所在地                | 定款に記載された目的                                                                               |
| 平成23<br>年11月<br>16日 | 特定非<br>営利活<br>動法人<br>ぴーす | 新改 敦       | 四万十<br>市西土<br>佐江川<br>崎2363<br>- 1 | この法人は、障害者とその家族や関係者に対して、作業活動支援、生活支援、就労支援、情報提供、交流活動等の事業を行うことにより、障害者等の保健福祉の向上に寄与することを目的とする。 |

-----  
**選挙管理委員会告示**  
-----

**高知県選挙管理委員会告示第110号**

高知市長選挙は、公職選挙法（昭和25年法律第100号）第119条第2項の規定により、平成23年11月27日に行う高知県知事選挙と同時にこれを行う。

平成23年11月20日（揭示済）

高知県選挙管理委員会委員長 浅野 正倫

**高知県選挙管理委員会告示第111号**

南国市長選挙は、公職選挙法（昭和25年法律第100号）第119条第2項の規定により、平成23年11月27日に行う高知県知事選挙と

同時にこれを行う。

平成23年11月20日（揭示済）

高知県選挙管理委員会委員長 浅野 正倫

**高知県選挙管理委員会告示第112号**

宿毛市長選挙は、公職選挙法（昭和25年法律第100号）第119条第2項の規定により、平成23年11月27日に行う高知県知事選挙と同時にこれを行う。

平成23年11月20日（揭示済）

高知県選挙管理委員会委員長 浅野 正倫