付表1　移動支援事業・訪問入浴サービスの登録に係る記載事項

　　　　サービス名称　　　〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ | 　 |
| 名称 | 　 |
| 所在地 | （郵便番号　　　　―　　　）　　　　都・道・府・県　　　　　　市・郡 |
| 　 |
| 連絡先 | 電話番号 | 　 | FAX番号 | 　 |
| 管理者 | フリガナ | 　 | 住所 | （郵便番号　　　　―　　　）　　　　都・道・府・県　　　　　　市・郡 |
| 氏名 | 　 |
| 　 |
| 同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合記入） | 事業所等の名称 | 　 |
| 兼務する職種、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 | 　 |
| 従業者の職種・員数 | 移動支援従業者 | 看護師及び准看護師 | 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） | 常勤換算2.5人以上 | ――― |
| 主な掲示事項 | 　 |
| 　 | 営業日 | 　 |
| 営業時間 | 　 |
| 主たる対象者（対象者を特定する場合は、対象とする障害種別欄に○を付すこと。特定しない場合は、特定無しに○） | 移動支援 | 特定無し・視覚障害者・全身性障害者・知的障害者精神障害者・難病患者等・障害児 |
| 訪問入浴サービス | 特定無し・身体障害者・知的障害者・難病患者等・障害児 |
| 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 | 　 |
| 添付書類 | 別添のとおり（定款、寄附行為等及び登記事項証明書又は条例等、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）並びに設備・備品等一覧表） |
| 事業所・施設として特にPRしたい事項 | 　 |

（備考）

　1　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか別に記載した書類を添付してください。

　2　「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。

　3　「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。

　4　「通常の事業の実施地域」欄には、市町村名を記載し、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。

付表1―2　移動支援事業・訪問入浴サービス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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ | 　 |
| 名称 | 　 |
| 所在地 | （郵便番号　　　　―　　　）　　　　都・道・府・県　　　　　　市・郡 |
| 　 |
| 連絡先 | 電話番号 | 　 | FAX番号 | 　 |
| 主な掲示事項 | 　 |
| 　 | 営業日 | 　 |
| 営業時間 | 　 |
| サービス内容（実施するものに○を付すこと。） | 移動支援・訪問入浴 |
| 主たる対象者（対象者を特定する場合は、対象とする障害種別欄に○を付すこと。特定しない場合は、特定無しに○） | 移動支援 | 特定無し・視覚障害者・全身性障害者・知的障害者精神障害者・難病患者等・障害児 |
| 訪問入浴支援 | 特定無し・身体障害者・知的障害者・難病患者等・障害児 |
| 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 | 　 |
| 添付書類 | 別添のとおり（定款、寄附行為等及び登記事項証明書又は条例等、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）並びに設備・備品等一覧表） |

（備考）

　1　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか別に記載した書類を添付してください。

　2　「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。

　3　「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。

　4　「通常の事業の実施地域」欄には、市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。

付表2　障害者デイサービス事業の登録に係る記載事項

　　　　サービス名称　　　〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ | 　 |
| 名称 | 　 |
| 所在地 | （郵便番号　　　　―　　　）　　　　都・道・府・県　　　　　　市・郡 |
| 　 |
| 連絡先 | 電話番号 | 　 | FAX番号 | 　 |
| 管理者 | フリガナ | 　 | 住所 | （郵便番号　　　　―　　　）　　　　都・道・府・県　　　　　　市・郡 |
| 氏名 | 　 |
| 　 |
| 同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合記入） | 事業所等の名称 | 　 |
| 兼務する職種、勤務時間等 | 　 |
| 　 |
| 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 | 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） | 1人以上 | 　 | 　 | ――― |
| 主な掲示事項 | 　 |
| 　 | 営業日 | 　 |
| 営業時間 | 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） |
| 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 |
| 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 | 　 |
| 添付書類 | 別添のとおり（定款、寄附行為等及び登記事項証明書又は条例等、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）並びに設備・備品等一覧表） |
| 事業所・施設として特にPRしたい事項 | 　 |

（備考）

　1　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか別に記載した書類を添付してください。

　2　「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。

　3　「その他の費用」欄には、食事の提供に要する費用等について記載してください。

付表3　日中一時支援事業の登録に係る記載事項

　　　　サービス名称　　　〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ | 　 |
| 名称 | 　 |
| 所在地 | （郵便番号　　　　―　　　）　　　　都・道・府・県　　　　　　市・郡 |
| 　 |
| 連絡先 | 電話番号 | 　 | FAX番号 | 　 |
| 管理者 | フリガナ | 　 | 住所 | （郵便番号　　　　―　　　）　　　　都・道・府・県　　　　　　市・郡 |
| 氏名 | 　 |
| 　 |
| 同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合記入） | 事業所等の名称 | 　 |
| 兼務する職種、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（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人当たりの最小床面積 | m2 |
| 従業者の職種・員数（人） | 　 | 医師 | 看護職員 | 心理判定員 |
| 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 | 生活支援員 |
| 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 | 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 |
| 　 | 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 | 　 |
| 　 | 主たる対象者 | 特定無し・身体障害者・知的障害者・難病患者等・障害児 |
| 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 | 　 |
| 添付書類 | 別添のとおり（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、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・備品等一覧表並びに協力医療機関との契約の内容がわかるもの） |
| 事業所・施設として特にPRしたい事項 | 　 |

（備考）

　1　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか別に記載した書類を添付してください。

　2　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。

　3　「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。

　4　「※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。

　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。