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。