

付表8 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	
------	--

施設	フリガナ 名称											
	所在地	(〒 -) 県 郡・市										
	連絡先	電話番号					ファックス番号					
	e-mail											
管理者	フリガナ 氏名					住所	(〒 -) 県 郡・市					
	当該自立訓練事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)											
	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又は条例等											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 氏名					住所	(〒 -) 県 郡・市					
従業者の職種・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		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		
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	歩行訓練士		生活支援員		訪問支援員		その他の従業者		※ その他の従業者の職種・員数を記載してください。			
	専従	兼務	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)												
前年度の平均利用者数(人)		(新設の場合は推定数を記入)										
主な 揭示 事項	営業日(○を付す)	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日		
	営業時間	平日	~				土曜	~		日曜・祝日	~	
		備考										
	主たる対象者 (該当項目に「○」を 付す)	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	難病等			
	利用定員	人										
	基準上の必要定員	人										
	利用料	□市町村が定める額 □その他()										
	その他の費用(項目・金額も記入)											
	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		電話番号		担当者			
協力医療機関		名称					主な診療科名					
多機能型事業実施の有無											有・無	
一体的に管理運営を行う他の事業所												
添付書類		□登記事項証明書 □事業所平面図 □管理者経歴書 □サービス管理責任者経歴書 □設備・備品等一覧表 □運営規程 □苦情処理の概要 □勤務体制・形態一覧表 □財務諸表 □協力医療機関との契約書等 □主たる対象者特定理由書 □誓約書 □資格証等(写) □実務経歴証明書等 □その他()										

【記載要領】

- 「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葉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。
- 「前年度の平均利用者数」欄は新設の場合、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。
- 「主たる対象者」欄には、「○」を付けてください。
- 「その他の費用」欄には、入所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。

付表8-2 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	(〒 ー) 県 郡・市										
	連絡先	電話番号					ファックス番号					
	e-mail											
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							
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	(〒 ー) 県 郡・市						
従業者の職種・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		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	
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)											
			歩行訓練士		生活支援員		訪問支援員		その他の従業者		※ その他の従業者 の職種・員数を記 載してください。 ・ ・ ・	
			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)		(新設の場合は推定数を記入)										
主な揭示事項												
主な 揭示 事項	営業日(○を付す)	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日		
	営業時間	平日	～			土曜	～			日曜・祝日	～	
		備考										
	主たる対象者 (該当項目に「○」を付す)	身体障害者						知的障害者	精神障害者	難病等		
		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	人										
	基準上の必要定員	人										
	利用料	<input type="checkbox"/> 市町村が定める額 <input type="checkbox"/> その他()										
	その他の費用(項目・金額も記入)											
	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	電話番号		担当者						
	その他											
協力医療機関	名称					主な診療科名						
多機能型事業実施の有無	有 ・ 無											
一体的に管理運営を行う他の事業所												
添付書類	<input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> 事業所平面図 <input type="checkbox"/> 管理者経歴書 <input type="checkbox"/> サービス管理責任者経歴書 <input type="checkbox"/> 設備・備品等一覧表 <input type="checkbox"/> 運営規程 <input type="checkbox"/> 苦情処理の概要 <input type="checkbox"/> 勤務体制・形態一覧表 <input type="checkbox"/> 財務諸表 <input type="checkbox"/> 協力医療機関との契約書等 <input type="checkbox"/> 主たる対象者特定理由書 <input type="checkbox"/> 誓約書 <input type="checkbox"/> 資格証等(写) <input type="checkbox"/> 実務経歴証明書等 <input type="checkbox"/> その他()											

【記載要領】

- 「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葉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。
- 「前年度の平均利用者数」欄は新設の場合、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。
- 「主たる対象者」欄には、「○」を付してください。
- 「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。
- 「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。