

(様式第1号)

受付番号

障害児通所支援  
指定申請書  
障害児入所支援

年 月 日

長崎県知事 殿

申請者  
(設置者) 所在地  
名 称  
代表者

印

児童福祉法に規定する障害児(通所・入所)支援に係る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。

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	
	代表者の職・氏名	職 名	フリガナ	氏 名
指定を受けようとする事業等の種類	代表者の住所	(郵便番号 — ) 県 郡・市		
	フリガナ			
	名 称			
	施設又は事業所の所在地	(郵便番号 — ) 県 郡・市		
	事業等の種別	指定申請する事業等の支援開始年月日	様 式	
	同一施設内において行う事業等の種類	事 業 者 番 号		
備 考				

(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。



(様式第1-2号)

受付番号

障害児通所支援  
指定変更申請書  
障害児入所支援

年 月 日

長崎県知事 殿

申請者  
(設置者) 所在地  
名称  
代表者

印

児童福祉法に規定する障害児(通所・入所)支援に係る指定の変更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。

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 ー ) 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			
	代表者の職・氏名	職 名	フリガナ 氏 名		
指定を受けようとする事業等の種類	代表者の住所	(郵便番号 ー ) 県 郡・市			
	フリガナ				
	名称				
	施設又は事業所の所在地	(郵便番号 ー ) 県 郡・市			
	変更の内容	変更前		変更後	
	事業等の種別		指定申請する事業等の支援開始年月日		様 式
	同一施設内において行う事業等の種類		事 業 者 番 号		
備 考					

(備考)

- 「受付番号」欄には記載しないでください。
- 「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。
- 「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。
- 「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てください。
- 「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。

付表1 児童発達支援事業所(福祉型児童発達支援センターであるものに限る)の指定に係る記載事項

主として通わせる児童の障害の種別 ( )		受付番号						
施設	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							
	氏名	住所	(郵便番号 - )					
	当該事業所の他の職務又は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						
実施主体が地方公共団体である場合は、当該支援の実施について定めてある条例等			第 条第 項第 号					
併設する施設の名称及び概要	名称							
	概要							
児童発達支援管理責任者	フリガナ							
	氏名	住所	(郵便番号 - )					
従業者の職種・員数	嘱託医		児童指導員		保育士		栄養士	
	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)						
	備考							
	基準上の必要人数(人)							
	調理員		児童発達支援管理責任者		機能訓練担当職員		言語聴覚士	
	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)						
備考								
基準上の必要人数(人)								
看護職員		その他の従業者						
専従		専従						
兼務		兼務						
従業者数	常勤(人)							
	非常勤(人)							
備考								
基準上の必要人数(人)								
設備基準上の数値記載項目等			基準上の必要値		指導訓練室 遊戯室 屋外遊戯場			
	指導訓練室	m(児童1人当たり)	m(児童1人当たり)以上		医務室 相談室 調理室 便所			
	遊戯室	m(児童1人当たり)	m(児童1人当たり)以上		静養室 聴力検査室 (設置部分を○でかこむ)			
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								
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			
地域の障害児への援助の実施状況 有 ・ 無								
多機能型実施の有無 有 ・ 無								
添付書類		別添のとおり(登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、障害児等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、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)利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規他参考になるもの						

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」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. 「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. 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
5. 「その他の費用」欄には、入所児又は保護者等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。

付表2 児童発達支援事業所(児童発達支援センターであるものを除く)の指定に係る記載事項

主として通わせる児童の障害の種別 ( )		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	(郵便番号 - )											
	氏名	住所											
	当該事業所の他の職務又は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											
実施主体が地方公共団体である場合は、当該支援の実施について定めてある条例等		第 条第 項第 号											
児童発達支援管理責任者	フリガナ	(郵便番号 - )											
	氏名	住所											
従業者の職種・員数		児童指導員		保育士		障害福祉サービス経験者		児童発達支援管理責任者					
		専従		兼務		専従		兼務		専従		兼務	
従業者数	常勤(人)												
	非常勤(人)												
備考													
基準上の必要人数(人)													
		機能訓練担当職員		理学療法士又は作業療法士		言語聴覚士		嘱託医					
		専従		兼務		専従		兼務		専従		兼務	
従業者数	常勤(人)												
	非常勤(人)												
備考													
基準上の必要人数(人)													
		看護職員		その他の従業者									
		専従		兼務									
従業者数	常勤(人)												
	非常勤(人)												
備考													
基準上の必要人数(人)													
設備		指導訓練室		有		無							
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													
利用料													
その他の費用													
実施サービス		送迎サービス		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											
協力医療機関		名称				主な診療科名							
多機能型実施の有無		有		無									
一体的に管理運営される他の事業所													
添付書類													

(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葉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. 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
5. 「その他の費用」欄には、保護者等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。

付表3 医療型児童発達支援事業所の指定に係る記載事項

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						
	当該事業所の他の職務又は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								
実施主体が地方公共団体である場合は、当該支援の実施について定めてある条例等						第 条第 項第 号					
併設する施設の名称及び概要		名称									
		概要									
児童発達支援管理責任者	フリガナ				住所	(郵便番号 - )					
	氏名				住所						
従業者の職種・員数				医師		看護職員		児童指導員		保育士	
				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)										
備考											
基準上の必要人数(人)											
従業者数				栄養士		調理員		理学療法士又は作業療法士			
				専従	兼務	専従	兼務	専従		兼務	
従業者数	常勤(人)										
	非常勤(人)										
備考											
基準上の必要人数(人)											
従業者数				児童発達支援管理責任者		機能訓練担当職員					
				専従	兼務	専従	兼務				
従業者数	常勤(人)										
	非常勤(人)										
備考											
基準上の必要人数(人)											
設備上の配慮点											
設置部分等 (設置部分を○でかこむ)		指導訓練室 屋外訓練場 相談室 調理室 浴室及び便所の手すり等身体の機能の不自由を助ける設備 * 医療法に規定する診療所として必要な設備を満たしていること									
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)									
利用定員		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				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									
地域の障害児への援助の実施状況		有 ・ 無									
多機能型実施の有無		有 ・ 無									
添付書類		別添のとおり(登記簿謄本又は条例等、医療法第7条の許可を受けた診療所であることを証する書類、事業所平面図、経歴書、運営規程、障害児等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、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) 利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規他参考になるもの									

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」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. 「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。(裏面につづく)
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. 「その他の費用」欄には、入所児又は保護者等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。

付表4 放課後等デイサービス事業所の指定に係る記載事項

主として通わせる児童の障害の種別 ( )		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	(郵便番号 - )											
	氏名	住所											
	当該事業所の他の職務又は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											
実施主体が地方公共団体である場合は、当該支援の実施について定めてある条例等		第 条第 項第 号											
児童発達支援管理責任者	フリガナ	(郵便番号 - )											
	氏名	住所											
従業者の職種・員数		児童指導員		保育士		障害福祉サービス経験者		児童発達支援管理責任者					
		専従		兼務		専従		兼務		専従		兼務	
従業者数	常勤(人)												
	非常勤(人)												
備考													
基準上の必要人数(人)													
		機能訓練担当職員		理学療法士又は作業療法士		言語聴覚士		嘱託医					
		専従		兼務		専従		兼務		専従		兼務	
従業者数	常勤(人)												
	非常勤(人)												
備考													
基準上の必要人数(人)													
		看護職員		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)												
備考													
基準上の必要人数(人)													
設備		指導訓練室		有		無							
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													
利用料													
その他の費用													
実施サービス		送迎サービス		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											
協力医療機関		名称				主な診療科名							
多機能型実施の有無		有		無									
一体的に管理運営される他の事業所													
添付書類													

(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葉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. 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
5. 「その他の費用」欄には、保護者等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。

付表5 保育所等訪問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					
	当該事業所の他の職務又は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				
実施主体が地方公共団体である場合は、当該支援の実施について定めのある条例等				第 条 第 項 第 号		
児童発達支援管理責任者	フリガナ			住所	(郵便番号 - )	
	氏名					
従業者の職種・員数		児童発達支援責任者		訪問支援員		
		専従	兼務	専従	兼務	
		従業者数	常勤(人)			
非常勤(人)						
設備		専用の区画		有 ・ 無		
主な掲示事項						
営業日						
営業時間						
サービス提供時間( : ~ : )						
利用定員						
人						
利用料						
その他の費用						
通常の事業の実施地域						
第三者評価の実施状況				している ・ していない		
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				
多機能型実施の有無		有 ・ 無				
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(登記事項証明書又は条例等、事業所の平面図及び写真、経歴書、運営規程、障害児等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、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) 利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規他参考になるもの				

(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葉に記載した書類を添付してください。
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. 「その他の費用」欄には、保護者等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。
5. 「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6 居宅訪問型児童発達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	
管理者	フリガナ			(郵便番号 — )		
	氏 名	住 所				
	当該事業所の他の職務又は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				
実施主体が地方公共団体である場合は、当該支援の実施について定めてある条例等						第 条第 項第 号
児童発達支援管理責任者	フリガナ				住 所	(郵便番号 — )
	氏 名					
従業者の職種・員数		訪問支援員		児童発達支援管理責任者		
		専従	兼務	専従	兼務	
従業者数	常勤(人)					
	非常勤(人)					
備 考						
基準上の必要人数(人)						
設備		専用の区画		有 ・ 無		
主な掲示事項						
営業日						
営業時間		サービス提供時間				
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				
多機能型実施の有無		有 ・ 無				
添付書類		別添のとおり(登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、障害児等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、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) 利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規他参考になるもの				

(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葉に記載した書類を添付してください。
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. 「その他の費用」欄には、保護者等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。
5. 「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8 障害児入所支援(福祉型障害児入所施設)の指定に係る記載事項

主として入所させる児童の障害の種別

( )

受付番号

施設	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								
実施主体が地方公共団体である場合は、当該支援の実施について定めてある条例等									
併設する施設の名称及び概要		名称							
		概要							
児童発達支援管理責任者	フリガナ			住所	(郵便番号 - )				
	氏名								
従業者の職種・員数		医師		看護職員		児童指導員		保育士	
		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)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
		栄養士		調理員		児童発達支援管理責任者		心理指導担当職員	
		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)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
		職業指導員							
		専従	兼務						
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
設備上の配慮点									
設置部分等 (設置部分を○でかこむ)		居室 調理室 浴室 便所		医務室 静養室		職業指導に必要な設備 遊戯室 訓練室 音楽に関する設備 身体の機能の不自由を助ける設備 映像に関する設備 屋外訓練場			
設備基準上の数値記載項目等				基準上の必要値					
居室	1室の最大定員			人以下					
	入所児1人当たりの最小床面積			㎡					
主な揭示事項									
入所定員		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		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			
協力歯科医療機関		名称							
添付書類		別添のとおり(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、障害児等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、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) 契約制度導入に伴い利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規他参考になるもの							

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」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. 「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. 「その他の費用」欄には、入所児又は保護者等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。

付表9 障害児入所支援(医療型障害児入所施設)の指定に係る記載事項

主として入所させる児童の障害の種別  
( )

受付番号	
------	--

施設	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号 - )		県 郡・市						
管理者	フリガナ			住所		(郵便番号 - )				
	氏名									
実施主体が地方公共団体である場合は、当該支援の実施について定めてある条例等					第 条第 項第 号					
併設する施設の名称及び概要		名称								
		概要								
児童発達支援管理責任者	フリガナ			住所		(郵便番号 - )				
	氏名									
従業者の職種・員数		医師		看護師		児童指導員		保育士		
		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)									
備考										
基準上の必要人数(人)										
		心理指導担当職員		理学療法士又は作業療法士		児童発達支援管理責任者		職業指導員		
		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)									
備考										
基準上の必要人数(人)										
従業者数	常勤(人)									
	非常勤(人)									
備考										
基準上の必要人数(人)										
設備上の配慮点										
設置部分等 (該当部分を○でかこむ)		訓練室 浴室 静養室 屋外訓練場 ギブス室 特殊工芸の作業を指導するのに必要な設備 義肢装具を製作する設備 身体の機能の不自由を助ける設備 * 医療法に規定する病院として必要な設備を設けてあること								
主な掲示事項										
入所定員		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		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								
協力歯科医療機関		名称								
添付書類		別添のとおり(登記簿謄本又は条例等、医療法第7条の許可を受けた病院であることを証する書類、建物の構造概要及び平面図、経歴書、運営規程、障害児等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、設備・備品等一覧表) 契約制度導入に伴い利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規等参考になるもの								

(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葉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. 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
5. 「その他の費用」欄には、入所児又は保護者等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。

障害児通所支援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) その1



※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 — )				
	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 — )				
	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(兼務の場合のみ記入)	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	難聴	重症心身障害	その他		
実施事業	児童発達支援サービス単位	有	医療型児童発達支援	放課後等デイサービス単位	保育所等訪問支援	
		無				有
	主たる事業所					
従たる事業所						
定員(人)	合計	児童発達支援	医療型児童発達支援	放課後等デイ	保育所等訪問支援	
合計						
主たる事業所						
従たる事業所						

付表7 その2

受付番号

従業者の職種・員数														
			児童発達支援 管理責任者		医師 (嘱託医含む)		児童指導員		保育士		指導員		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
合計	従業者数	常勤(人)												
		非常勤(人)												
	備考													
	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)												
	備考													
	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)												
	備考													
	基準上の必要人数(人)													
			理学療法士又は 作業療法士		言語聴覚士		機能訓練担当 職員		訪問支援員		栄養士		調理員	
			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)													
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)													

(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葉に記載した書類を添付してください。
3. 児童発達支援又は放課後等デイサービスに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葉にサービス単位ごとの定員を記載してください。

(参考様式1)

平面図

事業所の名称	
--------	--



備考1 各室の用途及び面積を記載してください。

2 当該事業所の専用部分と他の事業所等との共用部分がある場合はそれぞれ色分けする等して使用関係を分かり易く表示してください。

(参考様式2)

設備・備品等一覧表

支援の種類 ( )  
 事業所名 ( )

設備の概要	設備基準上適合すべき項目等についての状況	適合の可否
サービス提供上配慮すべき設備の概要  非常災害設備等		
室名	備品の品目及び数量	

- 備考 1 申請する支援の種類に関して、基準省令で定められた設備基準上適合すべき項目のうち、「居室面積等一覧表」に記載した項目以外の事項について記載してください。
- 2 必要に応じて写真等を添付し、その旨を合わせて記載してください。
- 3 「適合の可否」欄には、何も記載しないでください。

(参考様式3)

## 〇〇〇経歴書

事業所の名称		
フリガナ		生年月日
氏名		年 月 日
住所	(郵便番号 ー )	
電話番号		
主な職歴等		
年 月 ~ 年 月	勤務先等	職務内容
職務に関連する資格		
資格の種類	資格取得年月日	
備考(研修等の受講の状況等)		

- 備考1 住所・電話番号は、自宅のものを記載してください。
- 備考2 「〇〇〇」は、「管理者」又は「児童発達支援管理責任者」と記載してください。
- 備考3 当該管理者が管理する事業所が複数の場合は、「事業所の名称」欄を適宜拡張して、その全てを記載してください。



## 児童発達支援管理責任者の兼務に関する調書

長崎県障害福祉課長 様

年 月 日

法人所在地  
法人名  
代表者氏名  
電話番号：

印

下記の者の兼務状況は、以下のとおりであることを証明します。

### 1) 今回届出を行う児童発達支援管理責任者の氏名、住所及び事業所並びにサービスの種類

氏名	(生年月日 年 月 日)
現住所	
事業所名	
サービスの種類	

### 2) 1) の者の兼務の状況

事業所名	区分	サービスの種類	職種名
(記載例①) 単独事業所の 場合 ○○○事業所		児童発達支援	管理者
(記載例②) 多機能型の場 合 ◆◆◆事業所	多機能型	放課後等デイサービス	管理者

#### 【記載要領】

・兼務していない場合は「該当無し」と記載してください。

(参考様式4)

障害児又はその保護者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要

支援の種類	
事業所名	

措置の概要	
1	障害児又はその保護者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口（連絡先）、担当者
2	円滑かつ迅速に苦情を解決するための処理体制・手順
	※具体的な対応方針
3	その他参考事項

備考 上の事項は例示であるので、これにかかわらず適宜項目を追加し、その内容について具体的に記載してください。

(参考様式5)

従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表 ( 年 月分)

支援の種類( )  
事業所名( )

			第 1 週							第 2 週							第 3 週							第 4 週							4 週 の 計	週 平 均 勤 務 時 間		
事業所のサービス提供時間	職 種	勤務形態	氏 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	
			*																															
(記載例-1)				①	①	③	②	④	①	④																								
(記載例-2)				ab	ab	ab	cd	cd	e	e																								

- 備考 1 \* 欄には、当該月の曜日を記載してください。
- 2 申請する事業に係る従業員全員（管理者を含む。）について、4週間分の勤務すべき時間数を記載してください。勤務時間ごとあるいはサービス提供時間単位ごとに区分して番号を付し、その番号を記載してください。  
 (記載例1-勤務時間 ①8:30~17:00、②16:30~1:00、③0:30~9:00、④休日)  
 (記載例2-サービス提供時間 a 9:00~12:00、b 13:00~16:00、c 10:30~13:30、d 14:30~17:30、e 休日)
- ※複数単位実施の場合、その全てを記載してください。
- 3 職種ごとに下記の勤務形態の区分の順にまとめて記載し、「週平均の勤務時間」については、職種ごとのAの小計と、B~Dまでを加えた数の小計の行を挿入してください。  
 勤務形態の区分 A:常勤で専従 B:常勤で兼務 C:常勤以外で専従 D:常勤以外で兼務
- 4 当該事業所・施設に係る組織体制図を添付してください。
- 5 施設において使用している勤務割表等により、職種、勤務形態、氏名及び当該業務の勤務時間が確認できる場合は、その書類をもって添付書類として差し支えありません。

時間の区分については、  
実態に合わせ、適宜修正  
してください

(参考様式6)

児童福祉法第21条の5の15第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書

年 月 日

長崎県知事 殿

申請者 所在地  
名称  
代表者 住所  
氏名

印

当法人（役員等を含む。）は、下記に掲げる児童福祉法第21条の5の15第3項各号の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。

記

【児童福祉法第21条の5の15第3項各号の規定】（一部要約）

- 1 申請者が都道府県の条例で定める者でないとき。
- 2 当該申請に係る障害児通所支援事業所の従業者の知識及び技能並びに人員が、第21条の5の19第1項の都道府県の条例で定める基準を満たしていないとき。
- 3 申請者が、第21条の5の19第2項の都道府県の条例で定める指定通所支援の事業の設備及び運営に関する基準に従って適正な障害児通所支援事業の運営をすることができないと認められるとき。
- 4 申請者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 5 申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるもの（※）の規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。  
（※）児童福祉法施行令第22条の5各号に掲げる法律

- 5の2 申請者が、労働に関する法律の規定であって政令で定めるものにより罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 6 申請者が、第21条の5の24第1項又は第33条の18第6項の規定により指定を取り消され、その取消の日から起算して5年を経過しない者（当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消の処分に係る行政手続法第15条の規定による通知があった日前60日以内に当該法人の役員又はその障害児通所支援事業所を管理する者その他の政令で定める使用人（以下「役員等」という。）であった者で当該取消の日から起算して5年を経過しないものを含み、当該指定を取り消された者が法人でない場合においては、当該通知があった日前60日以内に当該者の管理者であった者で当該取消の日から起算して5年を経過しないものを含む。）であるとき。
- 7 申請者と密接な関係を有する者（申請者（法人に限る。）の株式の所有その他の事由を通じて当該申請者の事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの（以下「申請者の親会社等」という。）、申請者の親会社等が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの又は当該申請者が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもののうち、当該申請者と厚生労働省令で定める密接な関係を有する法人をいう。）が、第21条の5の24第1項又は第33条の18第6項の規定により指定を取り消され、その取消の日から起算して5年を経過していないとき。
- 9 申請者が、第21条の5の24第1項又は第33条の18第6項の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第15条の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第21条の5の20第4項の規定による事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出の日から起算して5年を経過しないものであるとき。
- 10 申請者が、第21条の5の22第1項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日までの間に第21条の5の20第4項の規定による事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出の日から起算して5年を経過しないものであるとき。
- 11 第9号に規定する期間内に第21条の5の20第4項の規定による事業の廃止の届出があった場合において、申請者が、同号の通知の日前60日以内に当該事業の廃止の届出に係る法人（当該事業の廃止について相当の理由がある法人を除く。）の役員等又は当該届出に係る法人でない者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）の管理者であった者で、当該届出の日から起算して5年を経過しないものであるとき。
- 12 申請者が、指定の申請前5年以内に障害児通所支援に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
- 13 申請者が、法人で、その役員等のうちに第4号から第6号まで又は第9号から第12号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。
- 14 申請者が、法人でない者で、その管理者が第4号から第6号まで又は第9号から第12号までのいずれかに該当する者であるとき。

※ 8については児童福祉法上、削除されているので欠番。

(参考様式7)

# 実務経験証明書

様 年 月 日 番 号

施設又は事業所所在地及び名称

代表者氏名

印

電話番号

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

氏名	(生年月日 年 月 日)
現住所	
施設又は事業所名	施設・事業所の種別 ( )
業務期間	年 月 日～ 年 月 日 ( 年 月間)
うち業務に従事した日数	
業務内容	職名 ( )

- (注)
- 施設又は事業所名欄には、知的障害児施設等の種別も記入すること。
  - 業務期間欄は、証明を受ける者が保健、医療、福祉、就労、教育に関する業務を行っていた期間を記入すること。(産休・育休・療養休暇や長期研修期間等は業務期間となりません。)  
現在、既に必要とする実務経験期間を満たしている場合は、実務経験証明書作成日までの期間または、退職した日までの期間を記入してください。
  - 証明内容を訂正した場合は、証明権者の職印を押印してください。なお、修正液による訂正は認められません。