

付表16 児童発達支援事業所及び放課後等デイサービス事業所の指定等に係る記載事項

サービス種別(申請する種別に○)		児童発達支援		放課後等デイサービス				
児童発達支援センターに該当するか (該当する場合は、○)								
事業所	フリガナ 名 称							
	所在地	(郵便番号 - )						
	電話番号							
	E-Mail							
管理者	フリガナ 氏 名	生年月日	年	月	日			
	住 所	(郵便番号 - )						
	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						
児童発達支援 管理責任者	フリガナ 氏 名	生年月日	年	月	日			
	住 所	(郵便番号 - )						
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等		第 条 第 項 第 号						
<b>○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項</b>								
利用定員(人)								
利用者の推定数(人)								
営業日(該当する日に○)	日	月	火	水	木	金	土	祝
	その他(年末年始等)							
営業時間	平日	:	~		:			
	土曜	:	~		:			
	日・祝	:	~		:			
送迎の有無	有	無						
利用料								
その他の費用								
通常の事業の実施地域								
協力医療機関	名称			主な診療科名				
<b>○一体的に実施する従たる事業所の指定等に係る記載事項</b>								
事業所	フリガナ 名 称							
	所在地	(郵便番号 - )						
	電話番号							
	E-Mail							

管理者	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日			
	住所	(郵便番号 - )							
	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					
児童発達支援 管理責任者	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日			
	住所	(郵便番号 - )							
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等							第 条 第 項 第 号		
利用定員(人)									
利用者の推定数(人)									
営業日(該当する日に○)	日	月	火	水	木	金	土	祝	
	その他(年末年始等)								
営業時間	平日	:		~		:			
	土曜	:		~		:			
	日・祝	:		~		:			
送迎の有無	有		無						
利用料									
その他の費用									
通常の事業の実施地域									
協力医療機関	名称				主な診療科名				

(備考)

1. 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。
2. 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。
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も記載してください。

記入欄不足時の資料

■児童発達支援管理責任者

児童発達支援	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日			
	住所	(郵便番号 - )							
	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日			
	住所	(郵便番号 - )							
	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日			
	住所	(郵便番号 - )							

管理責任者	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号 - )				
	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号 - )				
	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号 - )				

■協力医療機関

協力医療機関	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	

付表17 居宅訪問型児童発達支援事業所の指定等に係る記載事項

事業所	フリガナ 名 称							
	所在地	(郵便番号 - )						
	電話番号							
	E-Mail							
管理者	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日			
	住 所	(郵便番号 - )						
	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						
児童発達支援管理責任者	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日			
	住 所	(郵便番号 - )						
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等 第 条 第 項 第 号								
<b>○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項</b>								
専用の区画の有無	有		無					
営業日(該当する日に○)	日	月	火	水	木	金	土 祝	
	その他(年末年始等)							
営業時間	平日	:		~		:		
	土曜	:		~		:		
	日・祝	:		~		:		
利用料								
その他の費用								
通常の事業の実施地域								
協力医療機関	名称				主な診療科名			

(備考)

1. 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。
2. 「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も記載してください。

記入欄不足時の資料

## ■児童発達支援管理責任者

	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日		
	住 所	(郵便番号 - )					
	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日		
	住 所	(郵便番号 - )					

児童発達支援管理責任者

フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
住所	(郵便番号 - )		
フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
住所	(郵便番号 - )		
フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
住所	(郵便番号 - )		
フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
住所	(郵便番号 - )		

付表18 保育所等訪問支援事業所の指定等に係る記載事項

事業所	フリガナ 名 称							
	所在地	(郵便番号 - )						
	電話番号							
	E-Mail							
管理者	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日			
	住 所	(郵便番号 - )						
	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						
児童発達支援管理責任者	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日			
	住 所	(郵便番号 - )						
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等 第 条 第 項 第 号								
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項								
営業日(該当する日に○)	日	月	火	水	木	金	土	祝
	その他(年末年始等)							
営業時間	平日	:		~		:		
	土曜	:		~		:		
	日・祝	:		~		:		
利用料								
その他の費用								
通常の実業の実施地域								

(備考)

1. 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。
2. 「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も記載してください。

記入欄不足時の資料

■児童発達支援管理責任者

	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日		
	住 所	(郵便番号 - )					
	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日		
	住 所	(郵便番号 - )					

児童発達支援管理責任者

フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
住所	(郵便番号 - )		
フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
住所	(郵便番号 - )		
フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
住所	(郵便番号 - )		
フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
住所	(郵便番号 - )		