居宅介護	付表１
重度訪問介護	付表１
同行援護	付表１
行動援護	付表１
療養介護	付表２
生活介護	付表３
短期入所	付表５
重度障害者等包括支援	付表６
共同生活援助	付表７
障害者支援施設	付表８
自立訓練（機能訓練）	付表９
自立訓練（生活訓練）	付表１０
就労移行支援	付表１１
就労継続支援（Ａ型）	付表１２
就労継続支援（Ｂ型）	付表１２
多機能型	付表１３
就労定着支援	付表１６
自立生活援助	付表１７
就労選択支援	付表１８

付表１　居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護事業所等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				
	居宅介護従業者等との兼務の有無		有　・　無		
	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、当該事業の実施について定めてある条例等			第　　条 第　　項 第　　号		
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		居宅介護事業従業者		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）				
常勤換算後の人数（人）					
基準上の必要人数（人）					

主な掲示事項			
営業日			
営業時間			
サービス内容		居宅介護 【（身体介護・通院介助）・家事援助（家事援助・通院介助）・乗降介助】 重度訪問介護 ・ 同行援護 ・ 行動援護	
主たる対象者	居宅介護	特定無し ・ 身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 障害児 ・ 精神障害者 ・ 難病等対象者	
	重度訪問介護	特定無し ・ 身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 精神障害者 ・ 難病等対象者 ・ 加算対象者以外	
	同行援護	特定無し ・ 身体障害者 ・ 障害児 ・ 難病等対象者	
	行動援護	特定無し ・ 知的障害者 ・ 障害児 ・ 精神障害者 ・ 難病等対象者	
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（登記簿謄本又は条例等、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、設備・備品等一覧表）	

（備考）

１．複数種類のサービスを実施する場合、「サービス内容」欄に複数のサービス種類を記載して本様式１枚にまとめて提出してください。なお、居宅介護の指定とあわせて重度訪問介護の指定を受けようとする場合は重度訪問介護も記載してください。

２．「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。

３．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。

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．出張所等がある場合は、付表１－２にも記載してください。また、従業者については、本様式中に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。

６．「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。

７．「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１－２　居宅介護等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

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	
主な掲示事項					
営業日					
営業時間					
指定居宅介護等の内容		居宅介護【身体介護（身体介護・通院介助）・家事援助等（家事援助・通院介助）・乗降介助】 重度訪問介護 ・ 同行援護 ・ 行動援護			
主たる対象者		居宅介護	特定無し ・ 身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 障害児 ・ 精神障害者 ・ 難病患者等		
		重度訪問介護	特定無し・身体障害者・知的障害者・精神障害者・加算対象者以外・難病患者等		
		同行援護	特定無し　・　身体障害者　・　障害児　・　難病患者等		
		行動援護	特定無し　・　知的障害者　・　障害児　・　精神障害者　・　難病患者等		
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			
一体的に管理運営を行う他の事業所					
添付書類		別添のとおり（定款、寄付行為等及び登記簿謄本又は条例等、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）、設備・備品等一覧表）			

注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、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。
５　「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２　療養介護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	
		メールアドレス	＠		
管理者	フリガナ		住　所	（郵便番号　　－　　）	
	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、当該事業の実施について定めてある条例等			第　条第　項第　号		
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		医　師		生活支援員		看護職員	
		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）								
常勤換算後の人数（人）									
基準上の必要人数（人）									
		看護補助者							
		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）									
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）				
主な掲示事項				
	利用定員	人（単位ごとの定員）（①　　②　　）		
	基準上の必要定員			
	設置部分	多目的室(デイルーム)　　有　・　無		
	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		
一体的に管理運営する他の事業所				
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、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、設備・備品等一覧表、　医療法に規定する医療機関として許可を受けたことが分かる証明書等）		

（備考）

１．「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要定員」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．新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
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．「※兼務」欄には、併設施設との兼務を行う職員について記載してください。

付表３　生活介護事業所の指定に係る記載事項

※１　従たる事業所のある場合は、付表３－２を併せて提出してください。
※２　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	（郵便番号　　－　　）				
	連絡先	電話番号		ＦＡＸ番号		
		メールアドレス	＠			
管理者	フリガナ		住　所	（郵便番号　　－　　）		
	氏　名					
	当該生活介護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、当該事業の実施について定めてある条例等			第　条第　項第　号			
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		医　師		サービス管理責任者		看護職員		理学療法士		作業療法士	
		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）											

		機能訓練指導員		生活支援員		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
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）									

前年度の平均実利用者数（人）	施設が申告する障害程度区分の平均値		
	サービス単位	４未満	４以上５未満	５以上
	サービス単位１			
	サービス単位２			
	サービス単位３			

主な掲示事項							
営業日	単位ごとの営業日						
営業時間	単位ごとのサービス提供時間（送迎時間を除く）（①　：　～　：　②　：　～　：　）						
主たる対象者	特定無し	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	難病等対象者				
利用定員	人（単位ごとの定員）（①　　②　　）						
基準上の必要定員							
多機能型実施の有無	有　・　無						
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				
一体的に管理運営する他の事業所							
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、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、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）						

（備考）
１．「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要定員」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．「看護職員」とは保健師、看護師、准看護師のことを言います。
４．新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
５．「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。
６．「※兼務」欄は、施設入所支援事業以外との兼務を行う職員について記載してください。
７．「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。

付表３－２　生活介護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　　－　　）			
	連絡先	電話番号		ＦＡＸ番号	
		メールアドレス	＠		
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		医　師		サービス管理責任者		看護職員		理学療法士		作業療法士	
		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）											

		機能訓練指導員		生活支援員		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
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）									

前年度の平均実利用者数（人）	施設が申告する障害程度区分の平均値		
	サービス単位	４未満	４以上５未満	５以上
	サービス単位１			
	サービス単位２			
	サービス単位３			

主な掲示事項							
営業日	単位ごとの営業日						
営業時間	単位ごとのサービス提供時間（送迎時間を除く）（①　：　～　：　②　：　～　：						
主たる対象者	特定無し	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	難病等対象者				
利用定員	人（単位ごとの定員）（①　　②　　）						
基準上の必要定員							
多機能型実施の有無	有　・　無						
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						
一体的に管理運営する他の事業所							
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、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、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）						

（備考）

１．「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要定員」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．「看護職員」とは保健師、看護師、准看護師のことを言います。
４．新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
５．「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。
６．「※兼務」欄は、施設入所支援事業以外との兼務を行う職員について記載してください。
７．「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。

付表５　短期入所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	
		メールアドレス	@		
管理者	フリガナ		住　所	（郵便番号　　－　　）	
	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			
		兼務する職種及び勤務時間等			
事業所の種別	併設型　・　空床型　・　単独型	併設型の場合	利用定員数（人）		
			前年度の平均入所者数（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人あたりの最小床面積	㎡	

従業者の職種・員数（人）		サービス管理責任者		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	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師		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）															

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	
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　・　障害児　・　精神障害者　・　難病等対象者			
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	
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、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、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約の内容がわかるもの）			

（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て添付してください。

３．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。

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．「※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。

６．「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

付表６　重度障害者等包括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	
		メールアドレス	＠		
管理者	フリガナ		住　所	（郵便番号　　－　　）	
	氏　名				
	サービス提供責任者との兼務の有無		有　・　無		
	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、当該事業の実施について定めてある条例等			第　条第　項第　号		
サービス提供責任者	フリガナ		住所	（郵便番号　　－　　）	
	氏　名				
事業所の体制					
	他に指定を受けている障害福祉サービス等	種　類	事業所名	事業所番号	
	委託による提携事業所	種　類	事業所名	事業所番号	
	協力医療機関	名　称		主な診療科名	
	利用者からの連絡対応体制の概要				
主な掲示事項					
	主たる対象者	特定無し　・　Ⅰ類型　・　Ⅱ類型　・　Ⅲ類型			
	利用者数	人			
	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			
一体的に管理運営されるその他の事業所					
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、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、設備・備品等一覧表）			

（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．「他に指定を受けている障害福祉サービス」欄には、重度障害者等包括支援以外に指定を受けているものについて記載してください。重度包括支援と同時に指定を受けようとする場合は事業所番号の記載は不要です。

４．第三者に委託して障害福祉サービスを提供する場合は、予定している事業所を「委託による提携事業所」に記載してください。なお、指定事業所でない場合は事業所番号の記載は不要です。

５．「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。

６．「主たる対象者」欄については、気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理を行っている身体障害者を対象とする場合は「Ⅰ類型」、最重度知的障害者を対象とする場合は「Ⅱ類型」、行動関連項目等の合計点数が１５点以上である者を対象とする場合は「Ⅲ類型」を選択してください。特定しない場合は「特定無し」を選択してください。

７．「利用者数」欄には、当該事業所において提供できる利用者の数を記載してください。

８．「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。

９．「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７－１　共同生活援助事業所（グループホーム）の指定に係る記載事項　（その１）

受付番号	

主たる事業所	フリガナ				
	名　　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　）			
	連 絡 先	電話番号		ＦＡＸ番号	
サービスの提供形態（該当部分に〇）	介護サービス包括型		生活支援員の業務の外部委託の予定	有（月　　時間）・無し	
	日中サービス支援型		生活支援員の業務の外部委託の予定	有（月　　時間）・無し	
	外部サービス利用型		受託居宅介護サービス事業者が事業を行う事業所の名称及び所在地並びに当該事業者の名称及び所在地	別紙のとおり	
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		
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務（兼務の場合記入）				
	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			
利用定員数					

			サービス管理責任者		世話人		生活支援員	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者の職種・員数	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）							

関係機関との連携体制等	連携施設の種別・名称				
	支援体制の概要				
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	
	その他参考となる事項				
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（登記簿の謄本又は条例等、共同生活住居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、協議会等への報告・協議会からの評価等に関する措置の概要、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）等				

（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．「その他費用」欄には、入居者が負担することとなる経費(家賃、光熱水費、食材料費、日用品費等)について
　　記載してください。

付表７－１　共同生活援助事業所（グループホーム）の指定に係る記載事項　（その２

共同生活住居①	フリガナ				
	名　　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　）			
	連 絡 先	電話番号		ＦＡＸ番号	
	グループホームに供する建物形態				
	⑴　住居区分：一戸建て、アパート、マンション、その他（　　）				
	⑵　建物所有者名：				
	⑶　賃貸借契約の内容 ア．敷金　イ．礼金　ウ．家賃　（月額）				
	エ．その他　オ．契約期間　カ．賃貸料がない理由				
	⑷　住居の利用定員数：　　人				
	⑸　居室数：　　室（うち個室　　室）				
	⑹　入居者１人当たりの居室の最小床面積：　　㎡				
	一体的に運営するサテライト型住居　　か				
	一体的に運営するサテライト型住居の利用者から連絡を受ける通信機器　（				
	主たる対象者	身体障害者　・　知的障害者　・　精神障害者　・　難病対象者			
	利用料				
	その他の費用				
共同生活住居②	フリガナ				
	名　　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　）			
	連 絡 先	電話番号		ＦＡＸ番号	
	グループホームに供する建物形態				
	⑴　住居区分：一戸建て、アパート、マンション、その他（　　）				
	⑵　建物所有者名：				
	⑶　賃貸借契約の内容 ア．敷金　イ．礼金　ウ．家賃　（月額）				
	エ．その他　オ．契約期間　カ．賃貸料がない理由				
	⑷　住居の利用定員数：　　人				
	⑸　居室数：　　室（うち個室　　室）				
	⑹　入居者１人当たりの居室の最小床面積：　　㎡				
	一体的に運営するサテライト型住居　　か				
	一体的に運営するサテライト型住居の利用者から連絡を受ける通信機器　（				
	主たる対象者	身体障害者　・　知的障害者　・　精神障害者　・　難病対象者			
	利用料				
	その他の費用				
サテライト型住居①	フリガナ				
	名　　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　）			
	サテライト型住居に供する建物形態				
	⑴　住居区分：一戸建て、アパート、マンション、その他（　　）				
	⑵　建物所有者名：				
	⑶　賃貸借契約の内容 ア．敷金　イ．礼金　ウ．家賃　（月額）				
	エ．その他　オ．契約期間　カ．賃貸料がない理由				
	⑷　住居の利用定員数：　　人				
	⑸　居室の最小床面積：　　㎡				
	本体住居の名称				
	本体住居との移動距離　　km　（所要時間　　分）				
	利用者が本体住居への連絡に使用する通信機器				
	主たる対象者	身体障害者　・　知的障害者　・　精神障害者　・　難病対象者			
	利用料				
	その他の費用				

付表７－２　　共同生活援助事業者（グループホーム）の指定（更新）に係る記載事項　その１

受付番号	

主たる事業所	フリガナ				
	名　　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　）			
	連 絡 先	電話番号		ＦＡＸ番号	
サービスの提供形態（該当部分に○）	介護サービス包括型		生活支援員の業務の外部委託の予定　　有（月　　時間）　・　無し		
	外部サービス利用型		受託居宅介護サービス事業者が事業を行う事業所の名称及び所在地並びに当該事業者の名称及び所在地　　**別紙のとおり**		
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、施設又は医療機関の従業者との兼務（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			
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	
各事業の利用定員数		共同生活援助事業　　人			
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		世話人		生活支援員		サービス管理責任者	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤（人）						
	非常勤（人）						
常勤換算後の人数（人）							
基準上の必要人数（人）							

障害者支援施設等との連携体制等	連携施設の種別・名称			
	支援体制の概要			
一体的に管理運営する他の事業所				
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（登記簿の謄本又は条例等、共同生活住居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、協議会等への報告・協議会からの評価等に関する措置の概要、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）　等			

※　主たる事業所とは、複数の共同生活住居がある場合、当該事業所からいずれの共同生活住居に対して、概ね３０分程度で移動可能な範囲にある事業所をいう。

（付表７－２）　その２

共同生活住居①	フリガナ				
	名　　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　）			
	連 絡 先	電話番号		ＦＡＸ番号	
	グループホームに供する建物形態				
	①住居区分：一戸建て、アパート、マンション、その他（　　）				
	②建物所有者名：				
	③賃貸借契約の内容：　ア　敷金　　イ　礼金　　ウ　家賃　（月額） エ　契約期間　　オ　賃貸料がない理由				
	④住居の利用定員数　　人				
	⑤居室数　　室（うち個室　　室）				
	⑥入居者１人当たりの居室の最小床面積　　㎡				
	一体的に運営するサテライト型住居　　か所				
	一体的に運営するサテライト型住居の利用者から連絡を受ける通信機器				
	主たる対象者　　身体障害者　・　知的障害者　・　精神障害者　・　難病等対象者				
	利用料				
	その他の費用				
共同生活住居②	フリガナ				
	名　　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　）			
	連 絡 先	電話番号		ＦＡＸ番号	
	グループホーム供する建物形態				
	①住居区分：一戸建て、アパート、マンション、その他（　　）				
	②建物所有者名：				
	③賃貸借契約の内容：　ア　敷金　　イ　礼金　　ウ　家賃　（月額） エ　契約期間　　オ　賃貸料がない理由				
	④住居の利用定員数　　人				
	⑤居室数　　室（うち個室　　室）				
	⑥入居者１人当たりの居室の最小床面積　　㎡				
	一体的に運営するサテライト型住居　　か所				
	一体的に運営するサテライト型住居の利用者から連絡を受ける通信機器				
	主たる対象者　　身体障害者　・　知的障害者　・　精神障害者　・　難病等対象者				
	利用料				
	その他の費用				
共同生活住居③	フリガナ				
	名　　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　）			
	連 絡 先	電話番号		ＦＡＸ番号	
	グループホームに供する建物形態				
	①住居区分：一戸建て、アパート、マンション、その他（　　）				
	②建物所有者名：				
	③賃貸借契約の内容：　ア　敷金　　イ　礼金　　ウ　家賃　（月額） エ　契約期間　　オ　賃貸料がない理由				
	④住居の利用定員数　　人				
	⑤居室数　　室（うち個室　　室）				
	⑥入居者１人当たりの居室の最小床面積　　㎡				
	一体的に運営するサテライト型住居　　か所				
	一体的に運営するサテライト型住居の利用者から連絡を受ける通信機器				
	主たる対象者　　身体障害者　・　知的障害者　・　精神障害者　・　難病等対象者				
	利用料				
	その他の費用				

（付表７－２）　その３

サテライト型住居①	フリガナ				
	名　　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　）			
	連 絡 先	電話番号		ＦＡＸ番号	
	サテライト住居に供する建物形態				
	①住居区分：一戸建て、アパート、マンション、その他（　　）				
	②建物所有者名：				
	③賃貸借契約の内容：　ア　敷金　　イ　礼金　　ウ　家賃　（月額） エ　契約期間　　オ　賃貸料がない理由				
	④住居の利用定員数　　人				
	⑤入居者１人当たりの居室の最小床面積　　㎡				
	本体住居の名称				
	本体住居との距離　　㎞				
	利用者が本体住居への連絡に使用する通信機器				
	主たる対象者　　身体障害者　・　知的障害者　・　精神障害者　・　難病等対象者				
	利用料				
	その他の費用				
サテライト型住居②	フリガナ				
	名　　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　）			
	連 絡 先	電話番号		ＦＡＸ番号	
	サテライト住居に供する建物形態				
	①住居区分：一戸建て、アパート、マンション、その他（　　）				
	②建物所有者名：				
	③賃貸借契約の内容：　ア　敷金　　イ　礼金　　ウ　家賃　（月額） エ　契約期間　　オ　賃貸料がない理由				
	④住居の利用定員数　　人				
	⑤入居者１人当たりの居室の最小床面積　　㎡				
	本体住居の名称				
	本体住居との距離　　㎞				
	利用者が本体住居への連絡に使用する通信機器				
	主たる対象者　　身体障害者　・　知的障害者　・　精神障害者　・　難病等対象者				
	利用料				
	その他の費用				
サテライト型住居③	フリガナ				
	名　　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　）			
	連 絡 先	電話番号		ＦＡＸ番号	
	サテライト住居に供する建物形態				
	①住居区分：一戸建て、アパート、マンション、その他（　　）				
	②建物所有者名：				
	③賃貸借契約の内容：　ア　敷金　　イ　礼金　　ウ　家賃　（月額） エ　契約期間　　オ　賃貸料がない理由				
	④住居の利用定員数　　人				
	⑤入居者１人当たりの居室の最小床面積　　㎡				
	本体住居の名称				
	本体住居との距離　　㎞				
	利用者が本体住居への連絡に使用する通信機器				
	主たる対象者　　身体障害者　・　知的障害者　・　精神障害者　・　難病等対象者				
	利用料				
	その他の費用				

付表８　その１　障害者支援施設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　　－　　）			
	連絡先	電話番号		ＦＡＸ番号	
		メールアドレス			
管理者	フリガナ		住　所	（郵便番号　　－　　）	
	氏　名				

昼間実施サービスの定員（人）						
	合計	介護給付対象者	訓練等給付対象者	特定旧法受給者	定員緩和措置の有無	有　・　無
施設入所支援の定員（人）			他の社会福祉施設との併設の有無			有　・　無
併設施設の定員（人）			併設施設の種別			

従業者の職種・員数（人）		サービス管理責任者		医師		看護職員							
						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）													

		理学療法士等								生活支援員					
		合計		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員		合計		通所		訪問	
		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）															

		職業指導員		就労支援員		栄養士		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）									

主な掲示事項						
主たる対象者	無し	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	難病等対象者			
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、入所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、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）					

（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．昼間に複数の施設障害福祉サービスを実施する場合、「昼間実施サービスの定員」欄には、給付の種類ごとに定員の合計数を記載してください。

４．施設入所支援に複数のサービス単位を設ける場合、「施設入所支援の定員」欄には、定員の合計数を記載してください。

５．「定員緩和措置の有無」欄は、基準省令第９条第２項に基づく利用定員緩和措置の適用の有無について記載してください。

６．「従業員の職種・員数」欄には、職種ごとに、昼間実施サービスの従事者（付表８その３のⅠ及びⅡ欄に記載した職員）の合計数を記載してください。

付表８　　その２　　昼間実施サービス及び施設入所支援に係る記載事項

受付番号	

施設名									
１サービス管理責任者	フリガナ		住 所	（郵便番号　　－　　）					
	氏　名								
２サービス管理責任者	フリガナ		住 所	（郵便番号　　－　　）					
	氏　名								
３サービス管理責任者	フリガナ		住 所	（郵便番号　　－　　）					
	氏　名								

昼間実施サービスの種類	生活介護		自立訓練（機能訓練）	自立訓練（生活訓練）	就労移行支援（通常）	就労移行支援（あはき）	就労継続支援（Ａ型）	就労移行支援（Ｂ型）
	サービス単位							
	有	無						
実施する事業								
前年度の平均利用者数（人）								

昼間多機能の実施	有　・　無	昼間の総定員数（人）	

前年度の平均障害程度区分および平均利用者数（人）		平均障害程度区分	平均利用者数
生活介護	サービス単位１		
	サービス単位２		
	サービス単位３		
施設入所支援	サービス単位１		
	サービス単位２		
	サービス単位３		

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	人以下
	入所者１人あたりの最小床面積	㎡	㎡
廊下	廊下の幅	m	m
	中廊下の幅	m	m

既存施設からの移行の場合		
既存施設名		
施設種別		
経過措置	有　・　無	
特定旧法受給者数（人）		

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
短期入所の実施	有　・　無

主な掲示事項	
営業日	
営業時間	
利用料	
その他の費用	
通常の事業の実施地域	
その他	

注１　「受付番号」等ベージュの欄は、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　「昼間実施サービスの種類」欄は、実施するサービスについて、該当欄に○を記入してください。
４　新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。（推定数は定員の90%を言います。）
５　既存の障害者施設からの移行の場合で、指定基準省令附則の規定の適用を受ける場合には、「経過措置」欄の「有」に○をつけてください。
６　「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。
７　「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　　その３　従業員の職種・員数に係る記載事項

＿＿枚中　＿＿枚目

受付番号	

施設名															
施設障害福祉サービスの種類		従　業　者　の　職　種　・　員　数													
Ⅰ 生活介護（サービス単位＿） 自立訓練（機能訓練） 自立訓練（生活訓練）		サービス管理責任者		医師		看護職員									
						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）															
		理学療法士等													
		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						
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）															
		生活支援員						その他の従業者							
		合計		通所		訪問									
		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）															
Ⅱ 就労移行支援 就労継続支援		サービス管理責任者		生活支援員		職業指導員		就労支援員		目標工賃達成指導員		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		
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）															
Ⅲ 施設入所支援（サービス単位＿）		管理者		栄養士		調理員		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）															

注１　「受付番号」「基準上の必要人数」等ベージュの欄は、記載しないでください。

２　複数のサービス単位を設ける場合など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　「看護職員」とは保健師、看護師、准看護師のことを言います。

４　「※兼務」欄は、同一事業所内で施設入所支援以外のサービスや同一サービスにおいて違う職種との兼務を行う職員について記載してください。

５　当該施設が実施する障害福祉サービスごと（生活介護及び施設入所支援はサービス単位ごと）に、従事する職員数を記載し、Ⅰ～Ⅲ欄は、それぞれ実施する障害福祉サービス名に○をつけてください。

付表９　自立訓練（機能訓練）事業所の指定に係る記載事項

※１　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。

※２　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	（郵便番号　　－　　）			
	連絡先	電話番号		ＦＡＸ番号	
		メールアドレス	＠		
管理者	フリガナ		住　所	（郵便番号　　－　　）	
	氏　名				
	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）				
	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、当該事業の実施について定めてある条例等			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		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		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）											

		生活支援員		訪問支援員		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）							

前年度の平均利用者数（人）							
主な掲示事項							
営業日							
営業時間							
主たる対象者	特定無し	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	難病等対象者				
利用定員	人						
基準上の必要定員	人						
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						
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						
一体的に管理運営するその他の事業所							
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、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、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）						

（備考）

１．「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要定員」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．「看護職員」とは保健師、看護師、准看護師のことを言います。

４．新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。

５．「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。

６．「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。

７．「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９－２　自立訓練（機能訓練）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　　－　　）											
	連絡先	電話番号			ＦＡＸ番号								
		メールアドレス	@										
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										
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				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		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）											

		生活支援員		訪問支援員		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）							

前年度の平均利用者数（人）							
主な掲示事項							
営業日							
営業時間							
主たる対象者	特定無し	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	難病等対象者				
利用定員	人						
基準上の必要定員	人						
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						
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						
一体的に管理運営するその他の事業所							
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、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、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）						

（備考）
１．「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要定員」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．「看護職員」とは保健師、看護師、准看護師のことを言います。
４．新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
５．「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。
６．「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。
７．「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１０　自立訓練（生活訓練）事業所の指定に係る記載事項

※１　従たる事業所のある場合は、付表１０－２を併せて提出してください。
※２　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	（郵便番号　　－　　）		
	連絡先	電話番号	ＦＡＸ番号	
		メールアドレス	＠	
管理者	フリガナ		住　所	（郵便番号　　－　　）
	氏　名			
	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）			
	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、当該事業の実施について定めてある条例等		第　条第　項第　号		
訪問事業の実施の有無	有　・　無	宿泊型事業の実施の有無	有　・　無	
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		生活支援員		看護職員		訪問支援員		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
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）			
居室（宿泊型実施の場合）	１室の最大定員	人	人以下
	入所者１人あたりの最小床面積	㎡	㎡

主な掲示事項							
営業日							
営業時間							
主たる対象者	特定無し	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	難病等対象者				
利用定員	人						
基準上の必要定員	人						
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						

協力医療機関	名　称	主な診療科名	
多機能型実施の有無			
一体的に管理運営するその他の事業所			
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、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、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）		

（備考）
１．「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。
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．「看護職員」とは保健師、看護師、准看護師のことを言います。
４．新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
５．「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。
６．「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。
７．「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１０－２　自立訓練（生活訓練）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　　－　　）			
	連絡先	電話番号		ＦＡＸ番号	
		メールアドレス	@		
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		
訪問事業の実施の有無		有　・　無	宿泊型事業の実施の有無	有　・　無	
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		生活支援員		看護職員		訪問支援員		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
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）			
居室（宿泊型実施の場合）	１室の最大定員	人	人以下
	入所者１人あたりの最小床面積	㎡	㎡
主な掲示事項			
営業日			
営業時間			

主たる対象者	特定無し	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	難病等対象者			

利用定員	人				
基準上の必要定員	人				
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				
一体的に管理運営するその他の事業所					
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、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、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）				

（備考）

１．「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。
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．「看護職員」とは保健師、看護師、准看護師のことを言います。
４．新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
５．「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。
６．「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。
７．「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１１　就労移行支援事業の指定に係る記載事項

※１　従たる事業所のある場合は、付表１１－２を併せて提出してください。
※２　多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表１２を併せて提出してください。

（　一般型
資格取得型　）

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	
		メールアドレス	＠		
管理者	フリガナ		住　所	（郵便番号　　－　　）	
	氏　名				
	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、当該事業の実施について定めてある条例等			第　条第　項第　号		
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		管理者		サービス管理責任者		職業指導員		生活支援員	
		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）								
常勤換算後の人数（人）									
基準上の必要人数（人）									

		就労支援員		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）				
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）						
主な掲示事項						
	利用定員	人				
	基準上の必要定員	人				
	主たる対象者	特定無し	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	難病等対象者			
	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		
提携就労支援機関							
多機能型実施の有無							
一体的に管理運営するその他の事業所							
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、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、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）					

（備考）
１．「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要定員」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．「※兼務」欄は、他の障害福祉サービスとの兼務を行う職員について記載してください。
６．新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
７．「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。
８．「提携就労支援機関」欄には、就労支援ネットワーク名及びネットワーク内の就労支援機関名を記載してください。

付表１１－２　就労移行支援事業の指定に係る記載事項

（　一般型
資格取得型　）

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						
		メールアドレス	＠							
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								
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		管理者		サービス管理責任者		職業指導員		生活支援員	
		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）								
常勤換算後の人数（人）									
基準上の必要人数（人）									

		就労支援員		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）				
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）						
主な掲示事項						
	利用定員	人				
	基準上の必要定員	人				
	主たる対象者	特定無し	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	難病等対象者		
	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				
一体的に管理運営するその他の事業所						
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、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、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）				

（備考）

１．「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要定員」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．「※兼務」欄は、他の障害福祉サービスとの兼務を行う職員について記載してください。
６．新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
７．「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。
８．「提携就労支援機関」欄には、就労支援ネットワーク名及びネットワーク内の就労支援機関名を記載してください。

付表１２　就労継続支援事業所の指定に係る記載事項

※１　従たる事業所のある場合は、付表１２－２を併せて提出してください。
※２　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。

（　就労継続支援（Ａ型）　）
　就労継続支援（Ｂ型）
※いずれかに○を付してください。

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	
		メールアドレス	@		
管理者	フリガナ		住　所	（郵便番号　　－　　）	
	氏　名				
	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 注　「※定款」は、Ａ型のみ			第　条第　項第　号		
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		管理者		サービス管理責任者		職業指導員		生活支援員	
		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）								
常勤換算後の人数（人）									
基準上の必要人数（人）									

		その他の従業者	
		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）						
主な掲示事項						
	利用定員	人				
	基準上の必要定員	人				
	主たる対象者	特定無し	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	難病等対象者			
	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		
多機能型実施の有無							
一体的に管理運営するその他の事業所							
添付書類		別添のとおり（※定款、寄付行為及び登記簿謄本又は条例等、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、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）　注　「※定款、寄付行為」はA型のみ					

（備考）
１．「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。
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．「※兼務」欄は、他の障害福祉サービスとの兼務を行う職員について記載してください。
６．新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
７．「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。

付表１２　就労継続支援事業所の指定に係る記載事項

（　　就労継続支援（Ａ型）
就労継続支援（Ｂ型）　　）

※いずれかに○を付してください。

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						
		メールアドレス	＠							
当該事業の実施について定めてある※定款又は条例等 注　「※定款」は、Ａ型のみ		第　　条第　　項第　　号								
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		管理者		サービス管理責任者		職業指導員		生活支援員	
		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）								
常勤換算後の人数（人）									
基準上の必要人数（人）									

		その他の従業者	
		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）						
主な掲示事項						
	利用定員	人				
	基準上の必要定員	人				
	主たる対象者	特定無し	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	難病等対象者			
	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					
一体的に管理運営するその他の事業所							
添付書類		別添のとおり（※定款、寄付行為及び登記簿謄本又は条例等、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、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）　注　「※定款、寄付行為」はA型のみ					

（備考）

１．「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。
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．「※兼務」欄は、他の障害福祉サービスとの兼務を行う職員について記載してください。
６．新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
７．「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。

付表１３

指定障害福祉サービス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

※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１	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　　－　　） 都・道・府・県　　区・郡・市			
	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　　－　　） 都・道・府・県　　区・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				
	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			

主たる対象とする障害の種類	特定無し	身体障害者				知的障害者	精神障害者	難病患者等	
		肢体不自由	視覚障害	聴覚・言語	内部障害				

生活介護を行う場合のみ		サービス単位	平均障害程度区分	平均利用者数
	前年度の平均障害程度区分および平均利用者数（人）	サービス単位１		
		サービス単位２		
		サービス単位３		

実施事業		生活介護				自立訓練（機能訓練）	自立訓練（生活訓練）	就労移行支援（通常）	就労移行支援（あはき）	就労継続支援（Ａ型）	就労継続支援（Ｂ型）
		サービス単位									
		有	無								
	主たる事業所										
	従たる事業所										

定員緩和措置の有無	有　・　無									
定員（人）	合計	生活介護※		自立訓練（機能訓練）	自立訓練（生活訓練）	就労移行支援（通常）	就労移行支援（あはき）	就労継続支援（Ａ型）	就労継続支援（Ｂ型）	
合計										
主事業所										
その他の事業所										

付表１３　その２

多

受付番号	

従　業　者　の　職　種　・　員　数

			管理者		サービス管理責任者		医師		看護職員							
									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	専従	※兼務
合計	従業者数	常勤（人）							0	0						
		非常勤（人）							0	0						
	常勤換算後の人数（人）		0		0		0		0		0		0		0	
	基準上の必要人数（人）															
事業所１	従業者数	常勤（人）							0	0						
		非常勤（人）							0	0						
	常勤換算後の人数（人）								0							
	基準上の必要人数（人）															
その他の事業所	従業者数	常勤（人）							0	0						
		非常勤（人）							0	0						
	常勤換算後の人数（人）								0							
	基準上の必要人数（人）															

			理学療法士等								生活支援員					
			合計		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員		合計		通所		訪問	
			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
合計	従業者数	常勤（人）	0	0							0	0				
		非常勤（人）	0	0							0	0				
	常勤換算後の人数（人）		0		0		0		0		0		0		0	
	基準上の必要人数（人）															
事業所１	従業者数	常勤（人）	0	0							0	0				
		非常勤（人）	0	0							0	0				
	常勤換算後の人数（人）		0								0					
	基準上の必要人数（人）															
その他の事業所	従業者数	常勤（人）	0	0							0	0				
		非常勤（人）	0	0							0	0				
	常勤換算後の人数（人）		0								0					
	基準上の必要人数（人）															

			職業指導員						就労支援員		目標工賃達成指導員		調理員		その他の従業者	
			合計		右記以外		兼教官									
			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
合計	従業者数	常勤（人）	0	0												
		非常勤（人）	0	0												
	常勤換算後の人数（人）		0		0		0		0		0		0		0	
	基準上の必要人数（人）															
事業所１	従業者数	常勤（人）	0	0												
		非常勤（人）	0	0												
	常勤換算後の人数（人）		0													
	基準上の必要人数（人）															
その他の事業所	従業者数	常勤（人）	0	0												
		非常勤（人）	0	0												
	常勤換算後の人数（人）		0													
	基準上の必要人数（人）															

注１　「受付番号」「基準上の必要人数」等ベージュの欄は、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　「※兼務」欄は、同一事業所内で施設入所支援以外のサービスや同一サービスにおいて違う職種との兼務を行う職員について記載してください。

付表１６　　就労定着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				
	該就労定着支援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、当該事業の実施について定めてある条例	第　　条　第　　項　第　　号
前年度の平均利用者数（人）	人
一体的に運営する事業所の前年度の平均利用者数（人）	人

従業者の職種・員数		サービス管理責任者		就労定着支援員	
		専　従	兼　務	専　従	兼　務
従業者数	常勤（人）				
	非常勤（人）				

主な掲示事項

営業日					
営業時間					
主たる対象者	特定無し　・　身体障害者　・　知的障害者　・　精神障害者　・　難病等対象者				
利用料					
その他の費用					
通常の事業実施地域					
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				
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、運営規程、経歴書、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）				

（備考）

1．「受付番号」欄は、記入しないでください。

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様に記載した書類を添付してください。

3．新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。

4．「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。

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。

6．「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。

7．事業所指定を受ける一体的に運営する事業所の過去３年の一般就労の移行実績が分かる書類を添付してください。

付表１６－２　一般就労移行実績

平成　　年　　月　　日

【申請日の属する日から遡って過去3年間において、一般就労に移行した者を記載すること】

	氏名	就職日	就職先事業所名
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			
29			
30			

注１．申請日の属する日から遡って過去３年間において、一般就労に移行した者について記入する。
　　一般就労の定義、雇用継続の状況は問わない。

注２．就労定着支援を申請する事業所ごとに作成し、指定申請書に添付すること。

注３．申請日の属する日から遡って過去３年間において、一般就労移行者数が３人以上いる場合は指定要件を満たすこととなる。

注４．適宜、欄は追加してください。

付表１８　　就労選択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、当該事業の実施について定めてある条例		第　　条　第　　項　第　　号			
利用定員（人）		人			

従業者の職種・員数		就労選択支援員		
		専　従	兼　務	
従業者数	常勤（人）			
	非常勤（人）			

主な掲示事項

営業日					
営業時間					
主たる対象者	特定無し　・　身体障害者　・　知的障害者　・　精神障害者　・　難病等対象者				
利用料					
その他の費用					
通常の事業実施地域					
協力医療機関	名　称		主な診療科名		
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				
一体的に管理運営するその他の事業所					
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、運営規程、経歴書、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）				

（備考）

1．「受付番号」欄は、記入しないでください。

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様に記載した書類を添付してください。

3．新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。

4．「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。

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。

6．「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１８－２　一般就労移行実績

【申請日の属する日から遡って過去3年間において、一般就労に移行した者を記載すること】

	氏名	就職日	就職先事業所名
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			
29			
30			

注１．申請日の属する日から遡って過去３年間において、一般就労に移行した者について記入する。
　　一般就労の定義、雇用継続の状況は問わない。

注2．申請日の属する日から遡って過去３年間において、一般就労移行者数が３人以上いる場合は指定要件を満たすこととなる。

注3．適宜、欄は追加してください。