

様式第1号(第2関係)

受付番号

指定障害福祉サービス事業所
指定障害者支援施設
指定一般相談支援事業所

指定(更新)申請書

年 月 日

大津市長 様

申請者
(設置者)

所在地
名 称
代表者

印

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する指定障害福祉サービス事業所・指定障害者支援施設・指定一般相談支援事業所に係る指定(更新)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 生年月日		職 名 生年月日		年 月 日		フリガナ 氏 名			
	代表者の住所		(郵便番号 —)							
	指定(更新)を受けようとする事業所・施設の種類	フリガナ								
		名 称								
		事業所(施設)の所在地		(郵便番号 —) 大津市						
同一所在地において行う事業等の種類		実施事業	指定(更新)申請をする事業等の事業開始(更新)予定年月日	様 式	実施事業	他の法律において既に指定を受けている事業等の指定年月日				
サービス事業所										
		例)居宅介護	○	○年○月○日	付表1	○	別紙の通り			
	指定障害者支援施設				<備考>					
	指定一般相談支援事業所(地域移行支援)									
	指定一般相談支援事業所(地域定着支援)									
事業所番号		同一の法律において既に指定を受けている場合								

注1 用紙の大きさは、日本工業規格A列4番とします。

2 受付番号欄には記載しないでください。

3 「法人の種別」欄には、「社会福祉法人」「医療法人」「一般社団法人」「一般財団法人」「株式会社」等の別を記載してください。

4 「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。

5 法第41条の2の共生型障害福祉サービス事業者の特例により申請を行う場合、介護保険法又は児童福祉法において指定を受けているサービスと、当該指定事業所の事業所番号を記載してください。

6 「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、該当する欄には「○」を記載してください。

7 「事業所番号」欄には、滋賀県又は大津市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。

障害福祉サービス事業等 開始（変更）届

開始・変更しようとする事業	障害福祉サービスの種類		
	支援の内容		
経 営 者 (法 人)	氏 名 (名 称)		
	住 所 (事務所の所在地)	〒 ー	
基 本 約 款	別 添 I		
職 員 の 職 種	職務の内容	職員の定数	
		人	
		人	
		人	
		人	
		人	
		人	
		人	
		人	
		合計	人
主な職員の氏名			
主な職員の経歴	別 添 II		
事業を行おうとする地域			
事業の用に供する施設	名 称		
	種 類	(短期入所を行おうとする場合に限り)	
	所 在 地	〒 ー	
	利用定員		
事業開始の予定年月日		年 月 日	
1 上記のとおり、障害福祉サービス事業等を開始しますので、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第79条第2項の規定により届け出ます。 2 上記のとおり、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第79条第2項の規定により届け出た事項を変更しましたので、同条第3項の規定により届け出ます。 年 月 日 事業者 住所(事務所の所在地) 法人名(名称) ㊞ 代表者 (あて先) 大津市長			

注 用紙の大きさは、日本工業規格A列4番とします。

注 変更の場合は、変更の日から1ヶ月以内に届出を行ってください。

開始(変更)届記入要領

- 1 標題の届出名のうち、開始・変更のいずれかの該当する事項を○で囲むこと。
- 2 変更の届出をする際には、変更した事項のみを記入し、変更から一ヶ月以内に提出すること。
- 3 「開始・変更しようとする事業」欄のうち「提供する便宜等の内容」欄には、事業者が当該事業により提供する便宜の種類等その事業の内容を記入すること。
- 4 「経営者」欄には、当該事業を経営する者が法人である場合には、その名称及び当該事業に係る主たる事務所の所在地を記入すること。
- 5 「職員の定数」欄には、実人員を記入すること。
- 6 「主な職員の氏名」欄の主な職員とは、管理者を指すものであること。
- 7 「事業を行おうとする区域」欄には、市町村(都道府県)の委託を受けて行う場合には、事業を行おうとする区域のほかに「委託先」として当該市町村(都道府県)の名称を併せて記入すること。
- 8 届出の法令上の根拠を示す欄では、1又は2のうち該当する番号を○で囲むこと。
- 9 開始の届出をする際には、この届に障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則第66条第2項に掲げる書類(収支予算書、事業計画書)を添付すること。

(別紙)

他の法律において既に指定を受けている事業等について

[illegible]

《 別紙 連絡先 》

今回の指定（更新）申請に係る連絡先などについて

申請事務担当者	
氏 名	
電 話	
FAX	
E-mail	

事業所連絡用	
E-Mail	

※指定後、大津市からの通知・連絡等はメールで行います。変更になった場合は必ずご連絡ください。

令和 年 月

職 名	常勤換算数	人	常勤者の1日の勤務時間数	時間	常勤者の週の勤務日数	日	常勤者の週平均勤務時間数	時間
管理者	常勤換算数	人						
サービス管理責任者	常勤換算数	人						
医師	常勤換算数	人						
看護職員	常勤換算数	人						
理学療法士・作業療法士	常勤換算数	人	A 生活支援員等の総数（常勤換算）					
機能訓練指導員	常勤換算数	人						
生活支援員	常勤換算数	人	B 福祉専門職員配置加算の算定対象となる生活支援員等の総数（常勤換算）					
地域移行支援員	常勤換算数	人	（生活支援員・地域移行支援員・職業指導員・就労支援員）					
職業指導員	常勤換算数	人						
目標工賃達成指導員	常勤換算数	人						
就労支援員	常勤換算数	人						
管理栄養士・栄養士	常勤換算数	人						
世話人	常勤換算数	人						
保育士・指導員	常勤換算数	人						
調理員	常勤換算数	人						
事務員	常勤換算数	人						
運転手	常勤換算数	人						
その他	常勤換算数	人						

※2 水色のセルを入力し、ベージュのセルは入力しないでください。

新規の事業所は、「前年度の平均利用者数」に定員の9割の数値を入力してください。

ただし、「社会福祉士等」、「常勤」、「勤続3年以上」欄に該当するかは、障害福祉サービス費等における福祉専門職員配置加算の対象となるかどうかで判断してください。

ただし、有給休暇の取得予定は勤務するものとみなして勤務時間数を記載してください。

「第〇週」欄については、宿直を行っている日の勤務時間数を記載したセルは、青色としてください。

「第〇週」欄については、夜勤を行っている日の勤務時間数を記載したセルは、緑色としてください。

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

(令和 年 月分)

事業所名																サービスの種別																					
職種	従業者氏名	資格等の種類	常勤	専従	介護福祉士等	実務経験3年以上	勤務体制																												4週合計	週平均勤務時間	常勤換算後の人数
							第1週							第2週							第3週							第4週									
							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			
							土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金			
																															0.0	0.0	0.00				
																															0.0	0.0	0.00				
																															0.0	0.0	0.00				
																															0.0	0.0	0.00				
																															0.0	0.0	0.00				
																															0.0	0.0	0.00				
																															0.0	0.0	0.00				
																															0.0	0.0	0.00				
																															0.0	0.0	0.00				
																															0.0	0.0	0.00				
																															0.0	0.0	0.00				
																															0.0	0.0	0.00				
																															0.0	0.0	0.00				
																															0.0	0.0	0.00				

注1)「資格等の種類」欄については、各職員の有する資格について記入してください。なお、複数の資格を有する場合は、代表的なもの1つを記入してください。

注2)「介護福祉士等」欄は、各職員が、(1)介護福祉士(2)介護職員基礎研修課程修了者(3)1級課程修了者 のいずれかに該当する場合に「○」を付けてください。

常勤者の週当たり勤務時間

時間

注3) 一覧表中に記入いただく各日の勤務時間については、小数第2位未満切り捨てとしてください（例：15分＝0.2時間、25分＝0.4時間）。

《人員配置チェック》

	現配置数		
	人数	常勤者数	常勤換算数
管理者	0	0	0.00
サービス提供責任者	0	0	0.00
従業者	0	0	0.00

従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表

(令和 年 月分)

事業所名																		サービスの種別								常勤者の勤務時間（週）				時間				
職種	従業者氏名	常勤	専従	勤務体制																												4週合計	週平均勤務時間	常勤換算後の人数
				第1週							第2週							第3週							第4週									
				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			
				日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土			
																														0.0	0.0	0.00		
																														0.0	0.0	0.00		
																														0.0	0.0	0.00		
																														0.0	0.0	0.00		
																														0.0	0.0	0.00		
																														0.0	0.0	0.00		
																														0.0	0.0	0.00		
																														0.0	0.0	0.00		
																														0.0	0.0	0.00		
																														0.0	0.0	0.00		
計				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0	0.00		

注1) 曜日欄には当該月の曜日を記載してください（適宜修正して使用）。

注2) 申請する事業に係る従業者全員（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。

注3) 勤務形態については、「常勤」もしくは「専従」に該当する場合、それぞれの欄に「○」を記載してください。

注4) 他の職務を兼務する場合は、行を別にして、各職務に係る従事時間を記入してください。

注5) 一覧表中に記入いただく各日の勤務時間については、小数第2位未満切り捨てとしてください（例：15分＝0.2時間、25分＝0.4時間）。

※ 「常勤者の勤務時間（週）」（右上の欄）には、当該事業所の常勤の従業者の一週間の勤務すべき時間数を記載してください（32時間未満の場合は32時間と記載）。

(参考様式2)

○○○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　—　)			
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 「〇〇〇」には、「管理者」、「サービス提供責任者」、「サービス管理責任者」又は「相談支援専門員」と記載してください。

2 住所・電話番号は、自宅のものを記載してください。

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。

(参考様式 3)

実務経験証明書

番 号
 令和 年 月 日
 大津市長 様

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。

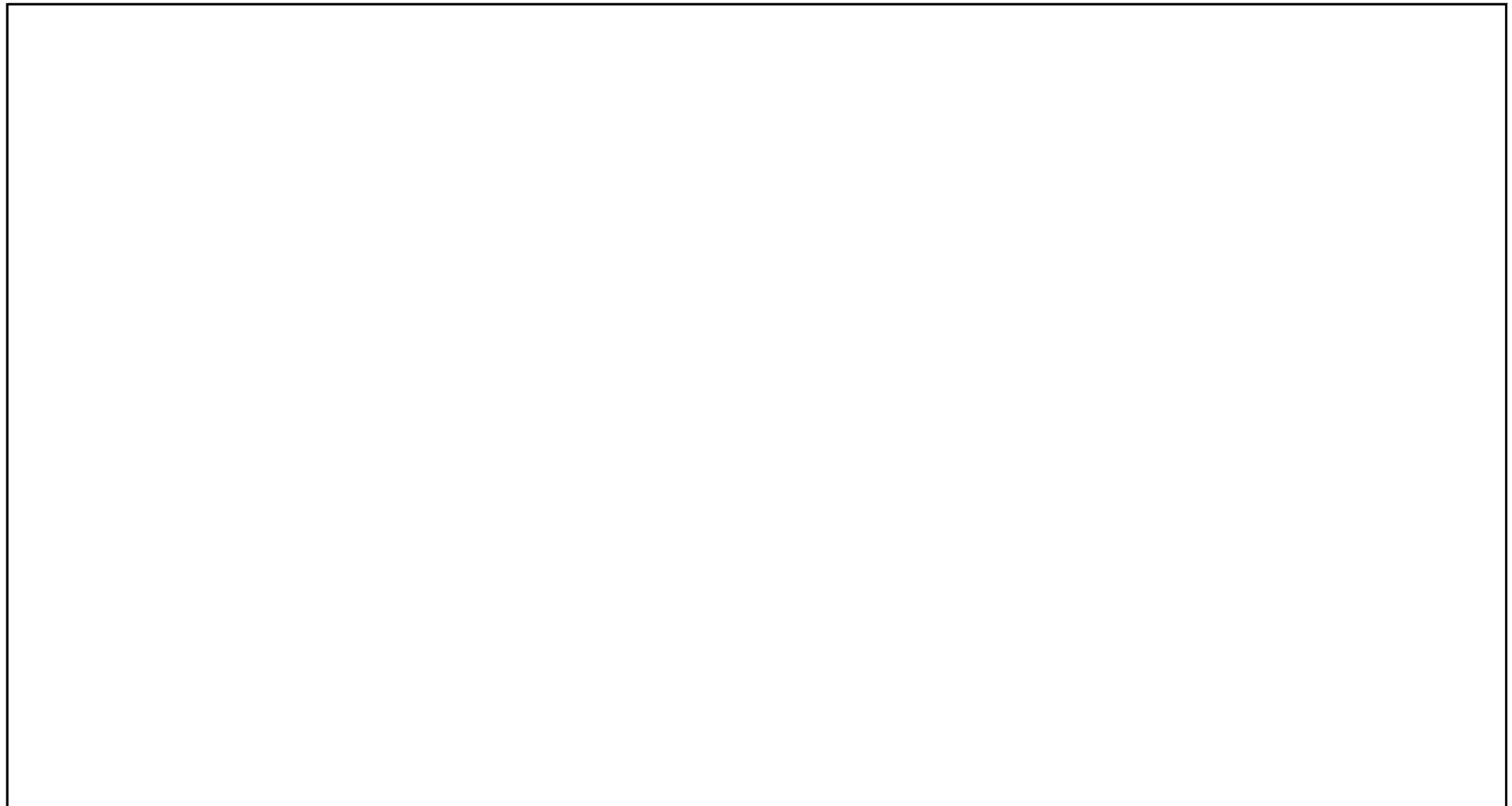
氏 名	(生年月日 年 月 日)
現 住 所	
施設又は事業所名	施設・事業所の種別 ()
業 務 期 間	年 月 日～ 年 月 日 (年 月間)
うち業務に従事した日数	
業 務 内 容	職名 ()

- (注) 1. 施設又は事業所名欄には、知的障害者更生施設等の種別も記入すること。
2. 業務期間欄は、証明を受ける者が障害者に対する直接的な援助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。
3. 業務内容欄は、生活指導員、看護師等の職名を記入し、本来業務について、知的障害者更生事業における〇〇業務、〇〇実施要綱の〇〇事業の〇〇業務等具体的に記入すること。
- また、療養病床の病棟等において介護業務を行った場合は明記し、当該病棟が療養病床として許可等を受けた年月日を記入すること。
4. 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。

(参考様式 4)

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。

設備・備品等一覽表

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 申請するサービス種類に関して、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。

※ 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、就労継続支援A型、就労継続支援B型、就労選択支援、障害者支援施設を実施する事業所の建物の状況について、以下の資料を添付してください。

構造設備

サービス種類（ ）
事業所名（ ）

当該事業所の建物の状況（該当する箇所に○印をしてください）		適合の可否
この欄に○印をしてください	① 耐火建築物	
	② 準耐火建築物	
	①、②以外	
	スプリンクラー設備の設置	
	天井等の内装材等への難燃性の材料の使用	
	火災が発生するおそれがある箇所における防火区画の設置	
	非常警報設備の設置	
	避難口の増設や避難路の確保	

上記の①若しくは②に該当しない事業所の場合、火災防止に対する措置状況・火災発生時の対応体制・避難訓練等の状況を示す資料を提出してください。

《参考》

○ 各サービスの設備に関する基準について（抜粋）

	生活介護	自立訓練	就労移行	就労継続	就労選択	施設入所
訓練・作業室	○	○	○	○	○	○
相談室	○	○	○	○	○	○
洗面所	○	○	○	○	○	○
便所	○	○	○	○	○	○
多目的室	○	○	○	○	○	○
居室						○
食堂						○
浴室						○

上記の項目については、「平面図」、「建物の構造概要及び平面図」や「居室面積等一覧表」においても分かるように記載等してください。

(参考様式 6)

指定障害福祉サービスの主たる対象者を特定する理由等

事業所名	
指定障害福祉サービスの種類	

- 1 申請に係る指定障害福祉サービスの主たる対象者 ※該当するものを○で囲むこと。

身体障害者（肢体不自由 ・ 視覚 ・ 聴覚言語 ・ 内部障害）
知的障害者 ・ 障害児 ・ 精神障害者 ・ 難病患者等

- 2 主たる対象者を 1 のとおり特定する理由

- 3 今後における主たる対象者の拡充の予定

- （1）拡充予定の有無

あり ・ なし

- （2）拡充予定の内容及び予定時期

- （3）拡充のための方策

(参考様式 8)

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第 3 6 条第 3 項各号の規定に該当しない旨の誓約書

令和 年 月 日

大津市長 様

申請者 所在地
名 称
代表者 住 所
氏 名

印

当法人（別紙に記載する役員等を含む。）は、下記に掲げる障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第 3 6 条第 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

【障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第 3 6 条第 3 項各号の規定】（一部要約）

- 1 申請者が大津市の条例で定める者でないとき。
- 2 当該申請に係るサービス事業所の従業者の知識及び技能並びに人員が、第 4 3 条第 1 項の大津市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 4 3 条第 2 項の大津市の条例で定める指定障害福祉サービス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福祉サービス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、身体障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、社会福祉法、老人福祉法、社会福祉士及び介護福祉士法、介護保険法、精神保健福祉士法
- 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 5 0 条第 1 項（同条第三項において準用する場合を含む。以下この項において同じ。）の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して 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、当該取消しの処分に係る行政手続法第 1 5 条の規定による通知があった日前 6 0 日以内に当該法人の役員又はそのサービス事業所を管理する者（以下「役員等」という。）であった者で当該取消しの日から起算して 5 年を経過しないものを含む、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 6 0 日以内に当該者の管理者であった者で当該取消しの日から起算して 5 年を経過しないものを含む。）であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定障害福祉サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定障害福祉サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定障害福祉サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 7 申請者と密接な関係を有する者（申請者（法人に限る。以下この号において同じ。）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（以下この号において「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 5 0 条第 1 項の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して 5 年を経過していないとき。ただし、当該指定の取消しが、指定障害福祉サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定障害福祉サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定障害福祉サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 8 申請者が、第 5 0 条第 1 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 1 5 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 4 6 条第 2 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。
- 9 申請者が、第 4 8 条第 1 項（同条第 3 項において準用する場合を含む。）の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日（当該検査の結果に基づき第 5 0 条第 1 項の規定による指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として厚生労働省令で定めるところにより大津市長が当該申請者に当該検査が行われた日から 1 0 日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。）までの間に第 4 6 条第 2 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 第 8 号に規定する期間内に第 4 6 条第 2 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 6 0 日以内に当該届出に係る法人（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。
- 11 申請者が、指定の申請前 5 年以内に障害福祉サービスに関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
- 12 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 8 号から前号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。
- 13 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 8 号から第 1 1 号までのいずれかに該当する者であるとき。

暴力団等排除に係る誓約書兼承諾書

令和 年 月 日

大津市長 様

所在地
申請者 名 称
(事業者) 代表者住所
代表者名

印

申請者（別紙に記載する役員等を含む。）は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成 17 年法律第 123 号）に規定する指定障害福祉サービス事業所指定申請にあたり、下記の項目の要件に該当しないことを誓約するとともに、下記に該当するか否かに関し、大津市が滋賀県警察本部に必要な照会をすることについて承諾します。

なお、申請後において、該当していることが判明したとき及び該当する事態になったときは、速やかに貴職宛申し出るとともに、当該指定を取り消されることがあっても、何ら異議のないことを誓約します。

記

1 申請者（別紙に記載する役員等を含む。）は、次のいずれにも該当する者ではありません。

(1) 暴力団(暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律(平成3年法律第77号。以下「法」という。)第2条第2号に規定する暴力団をいう。以下同じ。)

(2) 暴力団員(法第2条第6号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。)

(3) 自己若しくは第三者の不正の利益を図る目的又は第三者に損害を与える目的をもって、暴力団又は暴力団員を利用している者

(4) 暴力団又は暴力団員に対して資金等を供給し、又は便宜を供与するなど、直接的若しくは積極的に暴力団の維持・運営に協力し、又は関与している者

(5) 暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有している者

(6) 前各号のいずれかに該当する者であることを知りながら、これを不当に利用するなどしている者

2 1 の(2)から(6)までに掲げる者が、その経営に実質的に関与している法人その他の団体ではありません。

(参考様式9)

就労選択支援の事業所指定の申請に際しての確認票

事業所名	
------	--

1 就労選択支援を実施する理念・目的について

(理念)

(目的)

2 アセスメント環境について

(1) 対象者の多様性に合わせたアセスメントの作業場面の確保状況について

(2) アセスメントの手法について

アセスメントの実施マニュアルを添付してください。

※指定申請時にない場合は、事業開始までに提出してください。

(3) アセスメントの実績について

前年度のアセスメント実施実績

今年度(申請時点)のアセスメント実施実績

	人(実人数)
	人(実人数)

3 地域との連携体制の構築について

(1) 地域自立支援協議会との連携状況

全体会議、地域懇談会への参加 ・ 専門部会への参加
研修への参加 ・ その他()

(2) 近隣の障害者雇用を実施する企業との連携状況

連携企業名: ()

連携内容 : 職場実習の実施 ・ 求人の開拓 ・ 就職後のフォローアップ
その他()

(3) 地域連携会議実施加算の算定状況 ※就労移行支援事業所の場合のみ

算定	未算定
1. 材料費	2. 労務費
3. 機械・器具費	4. 管理費
5. 運搬費	6. その他
7. 雑費	8. 損耗費
9. 廃棄物処理費	10. 環境対策費
11. 安全対策費	12. 教育訓練費
13. 研究開発費	14. 広告宣伝費
15. 営業促進費	16. 経理費用
17. 法律顧問料	18. 監査報酬
19. 税務相談料	20. 保証料
21. 賃貸料	22. 保険料
23. 通信費	24. 印刷製本費
25. 出張交通費	26. 宿泊費
27. 飲食代	28. 娯楽費
29. 雑居費	30. 雑費
31. 手数料	32. 委託料
33. 謝金	34. 賞与
35. 退職金	36. 役員報酬
37. 役員退任料	38. 役員慰労費
39. 役員旅費	40. 役員交際費
41. 役員食費	42. 役員雑費
43. 役員被服費	44. 役員健康保険料
45. 役員厚生年金料	46. 役員生命保険料
47. 役員火災保険料	48. 役員自動車保険料
49. 役員損害保険料	50. 役員雑損保料
51. 役員雑損補償料	52. 役員雑損補償費
53. 役員雑損補償金	54. 役員雑損補償費
55. 役員雑損補償金	56. 役員雑損補償費
57. 役員雑損補償金	58. 役員雑損補償費
59. 役員雑損補償金	60. 役員雑損補償費
61. 役員雑損補償金	62. 役員雑損補償費
63. 役員雑損補償金	64. 役員雑損補償費
65. 役員雑損補償金	66. 役員雑損補償費
67. 役員雑損補償金	68. 役員雑損補償費
69. 役員雑損補償金	70. 役員雑損補償費
71. 役員雑損補償金	72. 役員雑損補償費
73. 役員雑損補償金	74. 役員雑損補償費
75. 役員雑損補償金	76. 役員雑損補償費
77. 役員雑損補償金	78. 役員雑損補償費
79. 役員雑損補償金	80. 役員雑損補償費
81. 役員雑損補償金	82. 役員雑損補償費
83. 役員雑損補償金	84. 役員雑損補償費
85. 役員雑損補償金	86. 役員雑損補償費
87. 役員雑損補償金	88. 役員雑損補償費
89. 役員雑損補償金	90. 役員雑損補償費
91. 役員雑損補償金	92. 役員雑損補償費
93. 役員雑損補償金	94. 役員雑損補償費
95. 役員雑損補償金	96. 役員雑損補償費
97. 役員雑損補償金	98. 役員雑損補償費
99. 役員雑損補償金	100. 役員雑損補償費
101. 役員雑損補償金	102. 役員雑損補償費
103. 役員雑損補償金	104. 役員雑損補償費
105. 役員雑損補償金	106. 役員雑損補償費
107. 役員雑損補償金	108. 役員雑損補償費
109. 役員雑損補償金	110. 役員雑損補償費
111. 役員雑損補償金	112. 役員雑損補償費
113. 役員雑損補償金	114. 役員雑損補償費
115. 役員雑損補償金	116. 役員雑損補償費
117. 役員雑損補償金	118. 役員雑損補償費
119. 役員雑損補償金	120. 役員雑損補償費
121. 役員雑損補償金	122. 役員雑損補償費
123. 役員雑損補償金	124. 役員雑損補償費
125. 役員雑損補償金	126. 役員雑損補償費
127. 役員雑損補償金	128. 役員雑損補償費
129. 役員雑損補償金	130. 役員雑損補償費
131. 役員雑損補償金	132. 役員雑損補償費
133. 役員雑損補償金	134. 役員雑損補償費
135. 役員雑損補償金	136. 役員雑損補償費
137. 役員雑損補償金	138. 役員雑損補償費
139. 役員雑損補償金	140. 役員雑損補償費
141. 役員雑損補償金	142. 役員雑損補償費
143. 役員雑損補償金	144. 役員雑損補償費
145. 役員雑損補償金	146. 役員雑損補償費
147. 役員雑損補償金	148. 役員雑損補償費
149. 役員雑損補償金	150. 役員雑損補償費
151. 役員雑損補償金	152. 役員雑損補償費
153. 役員雑損補償金	154. 役員雑損補償費
155. 役員雑損補償金	156. 役員雑損補償費
157. 役員雑損補償金	158. 役員雑損補償費
159. 役員雑損補償金	160. 役員雑損補償費
161. 役員雑損補償金	162. 役員雑損補償費
163. 役員雑損補償金	164. 役員雑損補償費
165. 役員雑損補償金	166. 役員雑損補償費
167. 役員雑損補償金	168. 役員雑損補償費
169. 役員雑損補償金	170. 役員雑損補償費
171. 役員雑損補償金	172. 役員雑損補償費
173. 役員雑損補償金	174. 役員雑損補償費
175. 役員雑損補償金	176. 役員雑損補償費
177. 役員雑損補償金	178. 役員雑損補償費
179. 役員雑損補償金	180. 役員雑損補償費
181. 役員雑損補償金	182. 役員雑損補償費
183. 役員雑損補償金	184. 役員雑損補償費
185. 役員雑損補償金	186. 役員雑損補償費
187. 役員雑損補償金	188. 役員雑損補償費
189. 役員雑損補償金	190. 役員雑損補償費
191. 役員雑損補償金	192. 役員雑損補償費
193. 役員雑損補償金	194. 役員雑損補償費
195. 役員雑損補償金	196. 役員雑損補償費
197. 役員雑損補償金	198. 役員雑損補償費
199. 役員雑損補償金	200. 役員雑損補償費
201. 役員雑損補償金	202. 役員雑損補償費
203. 役員雑損補償金	204. 役員雑損補償費
205. 役員雑損補償金	206. 役員雑損補償費
207. 役員雑損補償金	208. 役員雑損補償費
209. 役員雑損補償金	210. 役員雑損補償費
211. 役員雑損補償金	212. 役員雑損補償費
213. 役員雑損補償金	214. 役員雑損補償費
215. 役員雑損補償金	216. 役員雑損補償費
217. 役員雑損補償金	218. 役員雑損補償費
219. 役員雑損補償金	220. 役員雑損補償費
221. 役員雑損補償金	222. 役員雑損補償費
223. 役員雑損補償金	224. 役員雑損補償費
225. 役員雑損補償金	226. 役員雑損補償費
227. 役員雑損補償金	228

4 第三者の評価について

実施 ・ 未実施

※福祉サービス第三者評価(社会福祉法第78条)を受審している場合は、評価結果を添付してください。

5 他¹の就労系サービスの支援状況や経営状況について

(1) 就労移行支援事業所の場合

前年度の就労定着率 %

(2) 就労移行支援事業所の場合

・前年度のスコア合計点		点
・スコア表の生産活動の点数		点
・スコア表の経営改善計画の点数		点

（３）就労継続支援Ｂ型事業所の場合

前年度の平均工賃月額 円

6 情報公表の状況について

WAM-NETに情報を公表している・していない

していない場合は、その理由

--

(参考様式 10)

主たる事業所と従たる事業所の関係

- ※ 複数の事業所を一体的に管理運営する場合
- ※ 各事業所の位置関係等が分かるように明記した地図等を提出すること。

主たる事業所	フリガナ		主たる事業所と従たる事業所との関係 (概ね30分以内)			※グループホーム・ケアホームのみ記入 各事業所間の関係 (概ね10分以内)			
	名 称								
	所在地	(郵便番号 —) 都・道・府・県 区・郡・市							
(注) 従たる事業所については、下欄に記載すること。			主と従の 距離(km)	移動 時間(分)	移動 方法	事業 所	主と従の 距離(km)	移動 時間(分)	移動 方法
従たる事業所Ⅰ	フリガナ					主			
	名 称					Ⅱ			
	所在地	(郵便番号 —) 都・道・府・県 区・郡・市				Ⅲ			
						Ⅳ			
従たる事業所Ⅱ	フリガナ					主			
	名 称					Ⅰ			
	所在地	(郵便番号 —) 都・道・府・県 区・郡・市				Ⅲ			
						Ⅳ			
従たる事業所Ⅲ	フリガナ					主			
	名 称					Ⅰ			
	所在地	(郵便番号 —) 都・道・府・県 区・郡・市				Ⅱ			
						Ⅳ			
従たる事業所Ⅳ	フリガナ					主			
	名 称					Ⅰ			
	所在地	(郵便番号 —) 都・道・府・県 区・郡・市				Ⅱ			
						Ⅲ			