

改 正 案

様式第21号の17 削除

現 行

様式 2 1 号 の 1 7 (第19条の5関係)

受付番号

障がい児(通所・入所)支援指定(更新)申請書

年 月 日

福岡県知事 殿

申請者
(設置者) 所在地
名 称
代表者

(記名押印又は署名)

児童福祉法に規定する障がい児(通所・入所)支援に係る指定(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 ー) 県 ー 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								
	代表者の住所	(郵便番号 ー) 県 ー 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 ー 郡・市													
指定を受けようとする事業等の種類	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」「一般社団法人」「一般財団法人」「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。

改 正 案

現 行

[illegible][illegible][illegible]

改 正 案

(削除)

現 行

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がいの種別

受付番号

施 設	フリガナ										
	名 称										
	所在地	(郵便番号 ー) 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 ー)				
	氏 名										
	当該事業所の他の職務又は同一敷地・事業所等の名称										
	内の他の事業所又は施設の従業者との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											
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 ー)				
	氏 名										
従業者の職種・員数		嘱託医		児童指導員		保育士		栄養士			
従業者数	常勤(人)	専任	兼務	専任	兼務	専任	兼務	専任	兼務	専任	兼務
	非常勤(人)										
	備 考										
	基準上の必要人数(人)										
従業者数	常勤(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			
	非常勤(人)	専任	兼務	専任	兼務	専任	兼務	専任	兼務	専任	兼務
	備 考										
	基準上の必要人数(人)										
従業者数	常勤(人)	看護職員		その他の従事者							
	非常勤(人)	専任	兼務	専任	兼務						
	備 考										
	基準上の必要人数(人)										
設備基準上の数値記載項目等		指導訓練室		遊戯室		屋外遊戯場		医務室 相談室 調理室 便所			
指導訓練室		≧(児童1人当たり)		≧(児童1人当たり)以上		≧(児童1人当たり)以上		静養室 聴力検査室			
遊戯室		≧(児童1人当たり)		≧(児童1人当たり)以上		≧(児童1人当たり)以上		(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		担当者					
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)							
		その他									
協力医療機関		名 称				主な診療科名					
地域の障がい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(登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、管理者及び児童発達支援管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書、運営規程、障がい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分かるもの、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 等)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添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。

改 正 案

(削除)

現 行

付表2 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がいの種別

受付番号

事業所	フリガナ 名 称										
	所在地	(郵便番号 ー) 県 郡・市									
	連絡先	電話番号					FAX番号				
		電子メール									
管理者	フリガナ 氏 名					住 所	(郵便番号 ー)				
	当該事業所の他の職務又は同一敷地・事業所等の名称										
	内の他の事業所又は施設の従業者との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
児童発達支援管理責任者	フリガナ 氏 名					住 所	(郵便番号 ー)				
従業者の職種・員数		児童指導員		保育士		障がい福祉サービス経験者 児童発達支援管理責任者					
従業者数	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	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		嚥下医			
従業者数	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	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							
従業者数	専従	兼務	専従	兼務							
	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					
主な揭示事項											
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											
実施サービス 送迎サービス 有 ・ 無											
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 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		別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、管理者及び児童発達支援管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書、運営規程、障がい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分かるもの、児童福祉法第21条の6の15第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書 等)利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内閣府参考になるもの									

(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紙に記載した書類を添付してください。
3. 「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。
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。

改 正 案

(削除)

現 行

付表2-2 同時に行われる児童発達支援の単位／一体的に実施する従たる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がいの種別		受付番号	
()			
事業所	フリガナ		
	名 称		
	所在地	(郵便番号 —)	
		県 都・市	
連絡先	電話番号	FAX番号	
	電子メール		
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他の事業所又は施設の従業者との兼務する職種及び勤務時間等		
	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			
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		児童指導員	保育士
	専従	兼務	専従
従業員数	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
	専従	兼務	専従
従業員数	常勤(人)		
	非常勤(人)		
備 考			
基準上の必要人数(人)			
		言語聴覚士	嘱託医
	専従	兼務	専従
従業員数	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
従業員数	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	人		
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	別紙のとおり(登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、管理者及び児童発達支援管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書、運営規程、障がい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分かるもの、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 等)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。

改正案

(削除)

現行

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						
電子メール													
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、当該事業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		看護職員		児童指導員		保育士				
従業者数	常勤(人)		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務			
	非常勤(人)												
備 考													
基準上の必要人数(人)													
従業者数	常勤(人)		栄養士		調理員		理学療法士又は作業療法士						
	非常勤(人)		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務					
備 考													
基準上の必要人数(人)													
従業者数	常勤(人)		児童発達支援管理責任者		機能訓練担当職員								
	非常勤(人)		専従	兼務	専従	兼務							
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										
主な揭示事項													
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										
地域の障がい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(登記事項証明書又は条例等、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、管理者及び児童発達支援管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書、運営規程、障がい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、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 等)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. 「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、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。

改 正 案

(削除)

現 行

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がいの種別 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				電子メール	
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、当該事業の実施について定めてある条例等											
	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		児童指導員		保育士		障がい福祉サービス経験者		児童発達支援管理責任者				
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		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				
		専任		兼務		専任		兼務		専任		
備 考												
基準上の必要人数(人)												
従業者数		看護職員		その他の従業者								
		専任		兼務		専任		兼務		専任		
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		人										
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		窓口(連絡先)		担当者				
		苦情解決の措置概要										
		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		別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、管理者及び児童発達支援管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書、運営規程、障がい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分かるもの、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 等)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。

改 正 案

(削除)

現 行

付表4-2 同時に行われる放課後等デイサービスの単位／一体的に実施する従たる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がいの種別

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				
		電子メール									
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、当該事業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 氏 名					住所	(郵便番号 —)			
従業員	従業員の種類・員数		児童指導員		保育士		障がい福祉サービス経験者		児童発達支援管理責任者		
	従業員数	常勤(人)	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
		非常勤(人)									
	備 考										
	基準上の必要人数(人)										
	従業員の種類・員数		機能別担当職員		理学療法士又は作業療法士		言語聴覚士		嘱託医		
	従業員数	常勤(人)	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
		非常勤(人)									
	備 考										
	基準上の必要人数(人)										
従業員の種類・員数		看護職員		その他の従業者							
従業員数	常勤(人)	専従	兼務	専従	兼務						
	非常勤(人)										
備 考											
基準上の必要人数(人)											
設備		指導訓練室				有 ・ 無					
主な揭示事項											
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											
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					
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		別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、管理者及び児童発達支援管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書、運営規程、障がい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分かるもの、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 等)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添に記載した書類を添付してください。
3. 「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。
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。

改 正 案

現 行

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 —) 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事業所等の名称					
	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)		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			
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		
		専任 兼務		専任 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		
主な揭示事項						
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				
多機能型実施の有無		有 ・ 無				
添付書類		別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、管理者及び児童発達支援管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書、運営規程、障がい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、児童福祉法第21条の6の15第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書 等) 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紙に記載した書類を添付してください。
3. 「主な担当事項」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。

改 正 案

(削除)

現 行

付表6

障がい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	(郵便番号 —)				
	所在地					
	連絡先	電話番号			FAX番号	
	電子メール					
(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	(郵便番号 —)				
	所在地					
	連絡先	電話番号			FAX番号	
事業所3	フリガナ					
	名 称	(郵便番号 —)				
	所在地					
	連絡先	電話番号			FAX番号	
事業所4	フリガナ					
	名 称	(郵便番号 —)				
	所在地					
	連絡先	電話番号			FAX番号	
事業所5	フリガナ					
	名 称	(郵便番号 —)				
	所在地					
	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員と 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がいの種類	無し	聴覚	重症心身障がい	その他		
	児童発達支援サービス単位		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	居宅訪問型児童発達支援
	有	無		有	無	
	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		
合計						
主たる事業所						
従たる事業所						

(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添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添にサービス単位ごとの定員を記載してください。

改正案

(削除)

現行

付表6-2

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		看護職員		障がい福祉サ- ビス経験者		
			専任	※兼務	専任	※兼務	専任	※兼務	専任	※兼務	専任	※兼務	専任	※兼務	専任	※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)															
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紙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紙にサービス単位ごとの定員数を記載してください。

改 正 案

(削除)

現 行

付表7 障がい児入所支援（福祉型障がい児入所施設）の指定に係る記載事項

主として入所させる児童の障がいの種別

()

受付番号

施設	フリガナ 名 称										
	所在地	(郵便番号 —) 県 市 区・市									
	連絡先	電話番号					FAX番号				
		電子メール									
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、当該事業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		
	専任	兼務	専任	兼務	専任	兼務	専任	兼務	専任	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		児童発達支援管理責任者		心理指導担当職員		
	専任	兼務	専任	兼務	専任	兼務	専任	兼務	専任	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			職業指導員								
	専任	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					㎡					
主な提示事項											
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(登記事項証明書又は条例等、建物の構造概要及び平面図、管理者及び児童発達支援管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書、運営規程、障がい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、協力医療機関及び協力歯科医療機関との契約内容が分かるもの、児童福祉法第21条の8の15第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書 等) 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添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. 「主な提示事項」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。

改正案

(削除)

現行

付表8 障がい児入所支援(医療型障がい児入所施設)の指定に係る記載事項

主として入所させる児童の障がいの種別

()

受付番号

施設	フリガナ										
	名 称										
	所在地	(郵便番号 —)									
		県 市 町・市									
連絡先	電話番号					FAX番号					
	電子メール										
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、当該事業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										
従業者の職権・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	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	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		別紙のとおり(登記事項証明書又は条例等、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、管理者及び児童発達支援管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書、運営規程、障がい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、協力歯科医療機関との契約内容が分かるもの、児童福祉法第21条の6の15第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書 等) 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業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。

改 正 案

(削除)

現 行

付表2 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 ー) 県 市 郡・市				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
		電子メール				
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 ー)	
	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する職務及び 勤務時間等		事業所等の名称			
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
児童発達支援 管理責任者	フリガナ			住所	(郵便番号 ー)	
	氏 名					
従業者の職権・員数		訪問支援員		児童発達支援管理責任者		
従業者数	常勤(人)	専従	兼務	専従	兼務	
	非常勤(人)					
備 考						
基準上の必要人数(人)						
設備		専用の区画		有 ・ 無		
主な揭示事項						
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					
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				
添付書類		別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、管理者及び児童発達支援管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴書、運営規程、障がい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分かるもの、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 等) 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. 「主な揭示事項」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。

改 正 案

(削る)

現 行

様式第21号の17の2(第19条の5関係)

受付番号

障がい児(通所・入所)支援変更指定申請書

年 月 日

福岡県知事 殿

申請者 所在地
(設置者) 名 称
代表者

(記名押印又は署名)

児童福祉法に規定する□特定障がい児通所支援(児童発達支援・放課後等デイサービス) □指定障がい児入所施設に係る変更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。

		事業所(施設)所在地市町村番号					
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 ー 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				
		電子メール					
	代表者の職・氏名	職 名		フリガナ			
				氏 名			
	代表者の住所	(郵便番号 ー)	県 ー 郡・市				
		フリガナ					
変更 指定を 受け ようとする 事業所・ 施設 の種類	名 称						
	事業所(施設)の所在地	(郵便番号 ー)	県 ー 郡・市				
	同一所在地において 行う事業等の種類	実施 事業	指定申請をする事業等の 事業開始予定年月日	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	備 考
	所定 指定 障がい 児 通						
	例)児童発達支援	○		付表2	○	別紙のとおり	
	指定 障がい 児入 所						
	例)障がい児入 所支援施設	○		付表8	○	別紙のとおり	
〇〇事業所番号		同一の法律において既に指定を受けている場合					

(備考)

- 1 「受付番号」「事業所(施設)所在地市町村番号」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、該当する欄には「○」を記載してください。
- 5 「〇〇事業所番号」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。

改正案	現行																																
様式第21号の18 削除	様式第21号の18(第19条の5関係) 変更届出書 年 月 日 福岡県知事 殿 住所 事業者(所在地) (施設の設置者)氏 名 (名称及び代表者氏名) 次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。 <table><tr><td rowspan="4">指定内容を変更した施設</td><td>事業所番号</td><td></td></tr><tr><td>名称</td><td></td></tr><tr><td>所在地</td><td></td></tr><tr><td>支援の種類</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">変更があった事項</td><td>変更の内容</td></tr><tr><td>1 事業所(施設)の名称</td><td colspan="2" rowspan="5">(変更前)</td></tr><tr><td>2 事業所(施設)の所在地(設置の場所)</td></tr><tr><td>3 申請者(設置者)の名称</td></tr><tr><td>4 主たる事務所の所在地</td></tr><tr><td>5 代表者の氏名及び住所</td></tr><tr><td>6 登記事項証明書又は条例等(当該指定に係る事業に関するものに限る。)</td><td colspan="2" rowspan="8">(変更後)</td></tr><tr><td>7 医療法第7条の許可を受けた病院又は診療所であること</td></tr><tr><td>8 事業所(施設)の平面図及び設備の概要</td></tr><tr><td>9 事業所(施設)の管理者の氏名及び住所</td></tr><tr><td>10 事業所(施設)の児童発達支援管理責任者の氏名及び住所</td></tr><tr><td>11 主たる対象者</td></tr><tr><td>12 運営規程</td></tr><tr><td>13 協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約内容</td></tr><tr><td colspan="2">変更年月日</td><td>年 月 日</td></tr></table> 備考1 該当項目番号に○を付してください。 2 変更内容がわかる書類を添付してください。 3 変更の日から10日以内に届け出てください。	指定内容を変更した施設	事業所番号		名称		所在地		支援の種類		変更があった事項		変更の内容	1 事業所(施設)の名称	(変更前)		2 事業所(施設)の所在地(設置の場所)	3 申請者(設置者)の名称	4 主たる事務所の所在地	5 代表者の氏名及び住所	6 登記事項証明書又は条例等(当該指定に係る事業に関するものに限る。)	(変更後)		7 医療法第7条の許可を受けた病院又は診療所であること	8 事業所(施設)の平面図及び設備の概要	9 事業所(施設)の管理者の氏名及び住所	10 事業所(施設)の児童発達支援管理責任者の氏名及び住所	11 主たる対象者	12 運営規程	13 協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約内容	変更年月日		年 月 日
指定内容を変更した施設	事業所番号																																
	名称																																
	所在地																																
	支援の種類																																
変更があった事項		変更の内容																															
1 事業所(施設)の名称	(変更前)																																
2 事業所(施設)の所在地(設置の場所)																																	
3 申請者(設置者)の名称																																	
4 主たる事務所の所在地																																	
5 代表者の氏名及び住所																																	
6 登記事項証明書又は条例等(当該指定に係る事業に関するものに限る。)	(変更後)																																
7 医療法第7条の許可を受けた病院又は診療所であること																																	
8 事業所(施設)の平面図及び設備の概要																																	
9 事業所(施設)の管理者の氏名及び住所																																	
10 事業所(施設)の児童発達支援管理責任者の氏名及び住所																																	
11 主たる対象者																																	
12 運営規程																																	
13 協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約内容																																	
変更年月日		年 月 日																															