　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　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。

※２　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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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 | | |  | | | | | | | 県　　　　　　　郡･市 | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 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 | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 生年月日 | | |  | | | | | | | | |
|  | 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・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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 一体的に管理運営を行う他の事業所 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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、設備・備品等一覧表、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、協力医療機関との契約内容がわかるもの、誓約書） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　（備考）

　　１　「受付番号」欄、「基準上の必要人数」欄及び「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、又は別葉に記載して添付してください。

　　３　「看護職員」とは、保健師、看護師又は准看護師のことをいいます。

　　４　新設の場合は、「前年度の平均利用者数」欄には、推定数を記載してください。

　　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　一体的に実施する従たる事業所の指定に係る記載事項

※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　　　　―　　　　)  　　　　　　　 県　　　　　　　郡･市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連 絡 先 | | | 電話番号 | | |  | | | | | | ＦＡＸ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 | | | | | | | | | | |
| 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 | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 生年月日 | | |  | | | | | | |
|  | 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・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 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 一体的に管理運営を行う他の事業所 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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、設備・備品等一覧表、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、協力医療機関との契約内容がわかるもの、誓約書） | | | | | | | | | | | | | | | | |

　（備考）

　　１　「受付番号」欄、「基準上の必要人数」欄及び「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、又は別葉に記載して添付してください。

　　３　「看護職員」とは、保健師、看護師又は准看護師のことをいいます。

　　４　新設の場合は、「前年度の平均利用者数」欄には、推定数を記載してください。

　　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。