付表１　福祉型障害児入所施設の指定に係る記載事項

　　　　　入所させる児童の主たる障害の種別

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （　　　　　　　 　　　　） | 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 | | |  | | | | | |
| 管理者 | フリガナ | | |  | | | | | | 住　所 | | （郵便番号　　　－　　　） | | | | | | | | | |
| 氏　名 | | |  | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| 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 | | |  | | | | | |
| 他事業の実施の有無 | | | | | | | | | 有　・　無 | | |  | | | | | | | | | |
| 従業者の職種・員数 | | | | | | | | 医師 | | | 児童指導員 | | | 保育士 | | | | | 栄養士 | | |
| 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） | | | | | | |  | | |  | | |  | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | 調理員 | | | 職業指導員 | | | 嘱託医 | | | | | 看護師 | | |
| 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） | | | | | | |  | | |  | | |  | | | | |  | | |
| 設備基準上の数値記載項目等 | | | | | | | |  | | | | | | 居室　　　静養室　　　調理室 | | | | | | | |
|  | | | 基準上の必要値 | | | 浴室　　　 便所　　　 医務室 | | | | | | | |
|  | 居室 | １室の最大定員 | | | | | | 人 | | | 人以下 | | |  | | | | | | | |
| 入所児１人当たりの最小床面積 | | | | | | ㎡ | | | ㎡ | | | （設置部分を○で囲む。） | | | | | | | |
| 主な掲示事項 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | 入所定員 | | | | | | | 人　　（過去３か月　　　平均入所児　　　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 | | | | | |  | |
| 添付書類 | | | | | | | | 別添のとおり（定款及び登記事項証明書又は条例等、建物の構造概要及び平面図並びに設備の概要、利用者の推定数、経歴書（管理者、児童発達支援管理責任者）、運営規程、入所児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、協力医療機関との契約内容がわかるもの、利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規その他参考になるもの、障害児入所施設給付費の請求に関する事項、誓約書、役員の氏名・生年月日・住所がわかるもの） | | | | | | | | | | | | | |

備考　１　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。

２　「受付番号」、「基準上の必要人数」及び「基準上の必要値」欄には、記載しないでください。

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。

付表２　医療型障害児入所施設の指定に係る記載事項

入所させる児童の主たる障害の種別

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （　　　　　　　 　　　　） | 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 | | |  | | | | | |
| 管理者 | フリガナ | | |  | | | | | | 住　所 | | | （郵便番号　　　－　　　） | | | | | | | | | |
| 氏　名 | | |  | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| 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 | | |  | | | | | |
| 他事業の実施の有無 | | | | | | | | | 有　・　無 | | | |  | | | | | | | | | |
| 従業者の職種・員数 | | | | | | | | 医師 | | | 児童指導員 | | | | 保育士 | | | | | 栄養士 | | |
| 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） | | | | | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | 調理師 | | | 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 |
|  | 従業者数 | | | | 常勤（人） | | |  |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  |
| 非常勤(人) | | |  |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  |
| 備考 | | | | | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | |
| 基準上の必要人数（人） | | | | | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | |
| 設備基準上の数値記載項目等 | | | | | | | |  | | | | | | | 居室　　　静養室　　　調理室 | | | | | | | |
|  | | | 基準上の必要値 | | | | 浴室　　　 便所 　　　観察室 | | | | | | | |
|  | 居室 | １室の最大定員 | | | | | | 人 | | | 人以下 | | | | 訓練室 | | | | | | | |
| 入所児１人当たりの最小床面積 | | | | | | ㎡ | | | ㎡ | | | | （設置部分を○で囲む。） | | | | | | | |
| 主な掲示事項 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 入所定員 | | | | | | | 人　　（過去３か月　　　平均入所児　　　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 | | | | |  | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | | | | | | 別添のとおり（定款及び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、建物の構造概要及び平面図、利用者の推定数、経歴書（管理者、児童発達支援管理責任者）、運営規程、障害児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、協力医療機関との契約内容がわかるもの、利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規その他参考になるもの、障害児入所給付費及び障害児入所医療費の請求に関する事項、誓約書、役員の氏名・生年月日・住所がわかるもの） | | | | | | | | | | | | | | |

備考　１　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。

２　「受付番号」、「基準上の必要人数」及び「基準上の必要値」欄には、記載しないでください。

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。