

目次

[【付表1】 児童発達支援事業所\(福祉型児童発達支援センターであるものに限る\)](#)

[【付表2】 児童発達支援事業所\(児童発達支援センターであるものを除く\)](#)

[【付表3】 医療型児童発達支援事業所](#)

[【付表4】 放課後等デイサービス事業所](#)

[【付表5】 保育所等訪問支援事業所](#)

[【付表7】 障害児入所支援\(福祉型障害児入所施設\)](#)

[【付表8】 障害児入所支援\(医療型障害児入所施設\)](#)

[【付表9】 居宅訪問型児童発達支援](#)

[【付表6その1】 障害児通所支援事業所\(多機能型\)](#)

[【付表6その2】 障害児通所支援事業所\(多機能型\)](#)

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害の種別
()

施設	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号 -) 新潟市								
管理者	連絡先	電話番号					FAX番号			
	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、当該支援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		嘱託医		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)										
従業者数		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		
		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		看護職員		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)									
備考										
基準上の必要人数(人)										
設備基準上の数値記載項目等				基準上の必要値		指導訓練室 遊戯室 屋外遊戯場				
		指導訓練室	m(児童1人当たり)	m(児童1人当たり)以上		医務室 相談室 調理室 便所				
		遊戯室	m(児童1人当たり)	m(児童1人当たり)以上		静養室 聴力検査室 (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						
		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		
地域の障害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(登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、障害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. 「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 児童発達支援事業所(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害の種別
()

事業所	フリガナ 名 称								
	所在地	(郵便番号 -) 新潟市							
	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、当該支援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					(郵便番号 -)			
	氏 名					住 所			
従業者の職種・員数		児童指導員		保育士		障害福祉サービス経験者		児童発達支援管理責任者	
		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)								
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		嘱託医	
		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)									
		看護職員		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)								
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									
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、障害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。

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

施設	フリガナ 名 称	-----							
	所在地	(郵便番号 -) 新潟市							
	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	-----			住所	-----			
	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、当該支援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	-----			住所	-----			
従業者の職種・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
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		理学療法士又は作業療法士			
		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		児童発達支援管理責任者		機能訓練担当職員					
		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)							
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		-----					
地域の障害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(登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、障害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。(裏面につづく)
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害の種別

()

事業所	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 -) 新潟市							
管理者	連絡先	電話番号			FAX番号				
	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、当該支援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		児童指導員		保育士		障害福祉サービス経験者		児童発達支援管理責任者	
		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)								
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		嘱託医	
		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)									
		看護職員		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)								
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									
利用者									
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									
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(登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、障害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。

付表5 保育所等訪問支援事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ					
	名称	-----				
事業所	所在地	(郵便番号 -) 新潟市				
	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					
	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、当該支援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		専用の区画		有 ・ 無		
主な掲示事項						
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				
多機能型実施の有無		有 ・ 無				
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、障害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。
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。



障害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。

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	
(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 —)				
	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 —)				
	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害の種類	無し	難聴	重症心身障害	その他		
	実施事業		児童発達支援サービス単位 有 無	医療型児童発達支援	放課後等デイサービス単位 有 無	居宅訪問型児童発達支援
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	居宅訪問型児童発達支援	保育所等訪問支援
合計						
主たる事業所						
従たる事業所						



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		障害福祉サービス経験者		看護職員	
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
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)												
		理学療法士又は作業療法士		言語聴覚士		機能訓練担当職員		訪問支援員		栄養士		調理員	
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
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)												
		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
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葉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葉にサービス単位ごとの定員を記載してください。

付表7 障害児入所支援(福祉型障害児入所施設)の指定に係る記載事項

主として入所させる児童の障害の種別
()

施設	フリガナ								
	名称	-----							
	所在地	(郵便番号 -) 新潟市							
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、当該支援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	
		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)									
		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)									
		職業指導員							
		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 身体の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			m ²					
主な揭示事項									
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、障害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わかるもの) 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、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8 障害児入所支援(医療型障害児入所施設)の指定に係る記載事項

主として入所させる児童の障害の種別
()

施設	フリガナ 名称								
	所在地	(郵便番号 -) 新潟市							
	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								
実施主体が地方公共団体である場合は、当該支援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		看護師		児童指導員		保育士	
		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)									
		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
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○でかこむ)		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、障害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わかるもの) 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」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. 「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9 居宅訪問型児童発達支援事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ 名 称	-----					
	所在地	(郵便番号 -----) 新潟市					
	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	-----		住所	-----		
	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、当該支援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	-----		住所	-----		
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		専用の区画		有 ・ 無			
主な掲示事項							
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		-----			
多機能型実施の有無		有 ・ 無					
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、障害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。
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。