

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。

受付番号

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		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	
	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	保育所等訪問支援		
合計							
主たる事業所							
従たる事業所							

付表23 その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		看護師	
		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)												

(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。