付表8－1　障害者支援施設の指定に係る記載事項

事業所No	

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　　－　　） 県　　郡・市											
	氏名														
昼間実施サービスの定員（人）															
合計		介護給付対象者		訓練等給付対象者		特定旧法受給者		定員緩和措置の有無		有　・　無					
施設入所支援の定員（人）				他の社会福祉施設との併設の有無						有　・　無					
併設施設の定員（人）				併設施設の種別											

従業者の職種・員数（人）		サービス管理責任者		医師		看護職員									
						合計		保健師		看護師		准看護師			
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務		
従業者数	常勤（人）														
	非常勤（人）														
常勤換算後の人数（人）															

		理学療法士等								生活支援員					
		合計		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員		合計		通所		訪問	
		専従	※兼務	専従	※兼務	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）															

		職業指導員		就労支援員		栄養士		その他の従業者	
		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）								
常勤換算後の人数（人）									

主な掲示事項							
主たる対象者	無し	身体障害者					
		細分無し	肢体不自由	視覚障害	聴覚・言語	内部障害	
	知的障害者	精神障害者	難病等				
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（定款、寄付行為及び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、入所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、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）						

（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葉に記載した書類を添付してください。
3. 昼間に複数の施設障害福祉サービスを実施する場合、「昼間実施サービスの定員」欄には、給付の種類ごとに定員の合計数を記載してください。
4. 施設入所支援に複数のサービス単位を設ける場合、「施設入所支援の定員」欄には、定員の合計数を記載してください。
5. 「定員緩和措置の有無」欄は、基準省令第9条第2項に基づく利用定員緩和措置の適用の有無について記載してください。
6. 「従業員の職種・員数」欄には、職種ごとに、昼間実施サービスの従事者（付表8その3のⅠ及びⅡ欄に記載した職員）の合計数を記載してください。
7. 「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。