

受付番号	
------	--

指定障害児通所支援事業所 指 定 (変更指定) 申請書

年 月 日

宇都宮市長 様

申請者 主たる事務所の所在地  
(設置者)  
名 称  
代表者の職氏名 印

児童福祉法に規定する指定障害児通所支援事業所に係る指定 (変更指定) を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

申請者(設置者)	フリガナ			
	名 称			
	(郵便番号 — ) 都道 郡市 府県 区			
	連絡先		電話番号	FAX番号
	法人である場合その種別		法人所轄庁	
	代表者の職・氏名		職 名	フリガナ 氏 名
	(郵便番号 — ) 都道 郡市 府県 区			
指定を受けようとする事業所・施設の種類の種類	フリガナ			
	名 称			
	(郵便番号 — ) 県 郡市			
	事業等の種別		指定申請をする事業等の支援開始予定年月日	様 式
	同一所在地において行う事業等の種類		事業所番号	
			:	
			:	
メールアドレス				
備考				

備考

- 1 「受付番号」欄には記載しないでください。
- 2 「法人である場合その種別」欄には、「社会福祉法人」「医療法人」「一般社団法人」「一般財団法人」「株式会社」等の別を記載してください。
- 3 「法人所轄庁」欄には、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 4 「同一所在地において行う事業等の種類」欄には、今回申請をするもの及び既に指定を受けているものについて事業の種類を記載してください。
- 5 「事業所番号」欄には、栃木県内において既に事業所としての指定を受け、番号が付番されている場合に、その事業所番号を記載してください。複数の番号を有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。



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

受付番号

( )

施設	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 — ) 栃木県 郡市							
連絡先	電話番号				FAX番号				
	フリガナ				住所	(郵便番号 — ) 県 郡市			
管理者	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							
併設する施設の名称及び概要	名称								
	概要								
当該支援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				
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	従業者数	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
	備考	常勤(人)		非常勤(人)					
	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
	備考	常勤(人)		非常勤(人)					
	基準上の必要人数(人)								
	従業者数	看護職員		基準上の必要値		指導訓練室 遊戯室 屋外遊戯場		医務室 相談室 調理室 便所	
		専従	兼務						
	備考	常勤(人)		非常勤(人)					
	基準上の必要人数(人)								
項目等の設備基準上の記載	指導訓練室	m <sup>2</sup> (児童1人当たり)		m <sup>2</sup> (児童1人当たり)以上		静養室 聴力検査室		(設置部分を○で囲むこと。)	
	遊戯室	m <sup>2</sup> (児童1人当たり)		m <sup>2</sup> (児童1人当たり)以上					
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(定款、寄附行為等及び登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、障害児又はその家族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、内規他参考になるもの、障害児通所給付費の請求に関する事項)								

備考

- 「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。
- 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。
- 「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。
- 「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。
- 「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  
( )

受付番号

事業所	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 — ) 栃木県 郡市										
管理者	連絡先	電話番号					FAX番号					
	フリガナ			住所	(郵便番号 — ) 県 郡市							
	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）								
児童発達支援管理責任者	フリガナ			事業所等の名称								
	氏名			兼務する職種及び勤務時間等								
当該支援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								
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	児童発達支援管理責任者		専従		兼務		児童指導員		保育士		障害福祉サービス経験者	
			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		専従		兼務		嘱託医		看護職員			
			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)												
設備		指導訓練室				有 ・ 無						
主な揭示事項	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								
	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								
協力医療機関	名称		窓口(連絡先)		担当者							
	名称		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(定款、寄附行為等及び登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、障害児又はその家族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、内規他参考になるもの、障害児通所給付費の請求に関する事項)										

備考

- 「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。
- 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。
- 「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。
- 「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

受付番号

施設	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 — ) 栃木県 郡市									
管理者	連絡先	電話番号				FAX番号					
	フリガナ				住所	(郵便番号 — ) 県 郡市					
	氏名										
併設する施設の名称及び概要	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								
併設する施設の名称及び概要		名称									
		概要									
当該支援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						
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)										
			理学療法士又は作業療法士				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	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 備 (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有すること										
主な揭示事項	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(定款、寄附行為等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、事業所平面図、経歴書、運営規程、障害児又はその家族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、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、障害児通所給付費の請求に関する事項)										

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業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、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  
( )

受付番号

事業所	フリガナ													
	名称													
	所在地	(郵便番号 — ) 栃木県 郡市												
管理者	連絡先	電話番号					FAX番号							
	フリガナ					住所	(郵便番号 — ) 県 郡市							
	氏名													
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	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											
	当該支援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								
	児童発達支援管理責任者		フリガナ		住所		(郵便番号 — )							
			氏名											
			専従		兼務		専従		兼務		専従		兼務	
	従業員数		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		嘱託医		看護職員								
		専従		兼務		専従						兼務		
従業員数		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								
主な揭示事項	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								
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													
一体的に管理運営される他の事業所														
添付書類	別添のとおり(定款、寄附行為等及び登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、障害児又はその家族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、内規他参考になるもの、障害児通所給付費の請求に関する事項)													

備考

- 「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。
- 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。
- 「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。
- 「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 居宅訪問型児童発達支援事業所の指定に係る記載事項

受付番号	
------	--

事業所	フリガナ						
	名称						
	所在地	(郵便番号 — ) 栃木県 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		
	当該事業所の他の職務又は同一敷地内の他の事業所若しく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				
当該支援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		
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・員数の数	訪問支援員		専従		児童発達支援管理責任者		
			兼務		専従		
	兼務		兼務				
	備考						
	基準上の必要人数(人)						
設備	専用の区画			有 ・ 無			
主な揭示事項	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(定款、寄附行為等及び登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、障害児又はその家族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、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及び障害児通所給付費の請求に関する事項)						

備考

- 「受付番号」及び「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
- 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。
- 「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。
- 「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6 保育所等訪問支援事業所の指定に係る記載事項

受付番号	
------	--

事業所	フリガナ							
	名称							
	所在地	(郵便番号 — ) 栃木県 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				住所	県 郡市		
	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					
当該支援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			
児童発達支援 管理責任者	フリガナ				住所	(郵便番号 — )		
	氏名							
職種・員数の 従業員数	訪問支援員		専従		兼務		児童発達支援管理責任者	
					専従			兼務
	従業員数	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 揭示事項	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(定款、寄附行為等及び登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、障害児又はその家族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、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、障害児通所給付費の請求に関する事項)						

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 「主な揭示事項」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。



付表7 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 — ) 栃木県 郡市						
	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 — ) 栃木県 郡市						
	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 — ) 栃木県 郡市						
	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 — ) 栃木県 郡市						
	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 — ) 栃木県 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							
	当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）							
	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					
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			
実事業	主たる事業所 従たる事業所		児童発達支援	医療型児童発達支援	放課後等デイサービス		居宅訪問型児童発達支援	保育所等訪問支援
			サービス単位 有 無		サービス単位 有 無			
定員（人） 合計 児童発達支援 医療型児童発達支援 放課後等デイサービス 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								

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 (嘱託医を含む)		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)											
	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)												

(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様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業にサービス単位ごとの定員を記載してください。
4. 「※兼務」欄には、2以上の事業所等を兼務する職員について記載してください。