

(裏)

主 な 掲 示 事 項	営業日	月	火	水	木	金	土	日	祝	休	年	末	年	始	備			
										業	日	夏	季	者				
										日	そ	の	他					
	営業時間	平	日							時	分	～		時	分			
		土	曜							時	分	～		時	分			
		日	・	祝	日					時	分	～		時	分			
	サービス提供日	月	火	水	木	金	土	日	祝	休	年	末	年	始	備			
										業	日	夏	季	者				
										日	そ	の	他					
	サービス提供時間									時	分	～		時	分			
	サービスを提供する主たる対象者	身体障害者				知的障害者				精神障害者		難病等対象者						
		肢	体	不	自	由	視	覚	聴	覚	・	言	語	内	部			
	利用定員	人				単位ごとの定員				人								
	従たる事業所の有無	有・無				従たる事業所に				1) 3)								
						おいて実施する				2) 4)								
						サービス種別												
	利用料																	
	その他の費用																	
	通常の事業の実施地域	1)		2)		3)		4)		5)		備考						
	6)		7)		8)		9)		10)									
食事提供の有無	有・無																	
と そ の 他 の 事 項 考	第三者評価の実施状況	している(実施先:)・していない																
	苦情解決の措置概要	窓	口															
		担	当	者	電話		—							—				
	そ	の	他															
協力医療機関	フ	リ	ガ	ナ								主	な	診	療	科	名	
	名	称																
提携就労支援機関	フ	リ	ガ	ナ								業	種					
	名	称																
添付書類	別紙「添付書類一覧表」のとおり																	

付表 1 2 の 2 従たる就労継続支援事業所の指定に係る記載事項

(表)

(A型(雇用型)・B型(非雇用型)) 単 独 ・ 多 機 能)

事業所番号

事業所	フリガナ													
	名 称													
	所在地	郵便番号 () 大阪府 郡 市												
	連絡先	電話番号	-				FAX番号	-						
本 体 事 業 所	フリガナ													
	名 称													
	所在地	郵便番号 ()												
当該事業 (A型に限る。) の実施について定めてある定款等又は条例等											第	条第	項第	号 ()
当該事業 (B型に限る。) の実施について定めてある条例等 (実施主体が地方公共団体である場合に限る。)														
サ ー ビ ス 管 理 責 任 者	フリガナ			住所	郵便番号 ()									
	氏 名				都 道 府 県	郡 市								
	他の職務との兼務の有無及び職種			有 ・ 無		職 種								
	資 格 要 件	実務経験					研 修 の 受 講 状 況	相談支援従事者研修		受講済 ・ 未受講				
		資格種類						サービス管理責任者研修		受講済 ・ 未受講				
	フリガナ			住所	郵便番号 ()									
	氏 名				都 道 府 県	郡 市								
	他の職務との兼務の有無及び職種			有 ・ 無		職 種								
	資 格 要 件	実務経験					研 修 の 受 講 状 況	相談支援従事者研修		受講済 ・ 未受講				
		資格種類						サービス管理責任者研修		受講済 ・ 未受講				
従 業 者 の 職 種 ・ 員 数	職種・勤務形態 常勤・非常勤の別		サービス管理責任者		職業指導員		生活支援員		就労支援員					
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務				
	常 勤 (人)													
	非 常 勤 (人)													
	常勤換算後の人数 (人)													
	職種・勤務形態 常勤・非常勤の別		サービス管理責任者		職業指導員		生活支援員		就労支援員					
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務				
	常 勤 (人)													
非 常 勤 (人)														
常勤換算後の人数 (人)														
前 年 度 利 用 者 数 (又は推定数)	非該当	区分 1	区分 2	区分 3	区分 4	区分 5	区分 6	前年度 開所日数	平均 利用者数					
	就労継続	人	人	人	人	人	人	日	人					
	短期入所	人	人	人	人	人	人	日	人					

(裏)

主 な 掲 示 事 項	営業日	月	火	水	木	金	土	日	祝	休業日	年	末	年	始	備考
	営業時間	平日	時		分	～	時	分							
		土曜	時		分	～	時	分							
		日・祝日	時		分	～	時	分							
	サービス提供日	月	火	水	木	金	土	日	祝	休業日	年	末	年	始	備考
	サービス提供時間	時		分	～	時	分								
	サービスを提供する主たる対象者	身体障害者		知的障害者		精神障害者		難病等対象者							
		肢体不自由	視覚	聴覚	言語	内部									
	利用定員	人		単位ごとの定員		人									
	利用料														
その他の費用															
通常の事業の実施地域	1)	2)	3)	4)	5)	備考									
	6)	7)	8)	9)	10)										
食事提供の有無	有・無														
と そ な る 他 事 参 考	第三者評価の実施状況	している（実施先： _____）・ していない													
	苦情解決の措置概要	窓口													
		担当者			電話	—									
	その他														
協力医療機関	フリガナ											主な 診療 科名			
	名称														
提携就労支援機関	フリガナ											業種			
	名称														
添付書類	別紙「添付書類一覧表」のとおり														

付表 1 3 就労定着支援事業所の指定に係る記載事項

(表)

										事業所番号												
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											
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等										第 条 第 項 第 号 ()												
管理者	フリガナ										郵便番号 ()											
	氏名					住所					都道府県					郡市						
	他の職務との兼務の有無及び職種										有・無					職種						
	同一敷地内の他の事業所又は施設を兼務する場合、当該兼務する事業所等の名称等										名称					1) _____						
											サービス種類					1) _____ 3) _____						
											職種					1) _____ 3) _____						
勤務時間											: _____ ~ : _____ (実働時間分)											
サービス管理者	フリガナ										郵便番号 ()											
	氏名					住所					都道府県					郡市						
	他の職務との兼務の有無及び職種										有・無					職種						
	資格要件					実務経験					研修の受講状況					相談支援従事者研修 受講済・未受講						
	資格種類										サービス管理責任者研修					受講済・未受講						
	フリガナ										郵便番号 ()											
氏名					住所					都道府県					郡市							
他の職務との兼務の有無及び職種										有・無					職種							
資格要件					実務経験					研修の受講状況					相談支援従事者研修 受講済・未受講							
資格種類										サービス管理責任者研修					受講済・未受講							
従業者の職種・員数	職種・勤務形態										サービス管理責任者				就労定着支援員							
											専従		兼務		専従		兼務		専従		兼務	
	常勤・非常勤の別										常勤(人)		非常勤(人)		常勤換算後の人数(人)							
	職種・勤務形態										専従		兼務		専従		兼務		専従		兼務	
											常勤(人)		非常勤(人)		常勤換算後の人数(人)							
	一体的に運営する事業所										有・無					運営する事業所の種類						
	前年度利用者数(又は推定数)	就労定着		非該当		区分1		区分2		区分3		区分4		区分5		区分6		前年度開所月(日)数		平均利用者数		
		一体的に運営する事業所		人		人		人		人		人		人		人		月		人		
		人		人		人		人		人		人		人		日		人				

(裏)

主 な 掲 示 事 項	営業日	月	火	水	木	金	土	日	祝	休	年	末	年	始	備
										業	日	夏	季	者	
										日	そ	の	他		
	営業時間	平	日	時	分	～	時	分							
		土	曜	時	分	～	時	分							
		日・祝	日	時	分	～	時	分							
	サービス提供日	月	火	水	木	金	土	日	祝	休	年	末	年	始	備
										業	日	夏	季	者	
										日	そ	の	他		
	サービス提供時間	時	分	～	時	分									
サービスを提供する主たる対象者	身 体 障 害 者			知的障害者		精神障害者		難病等対象者							
	肢	体	不	自	由	視	覚	聴	覚	・	言	語	内	部	
利 用 料															
そ の 他 の 費 用															
通常の実施地域	1)	2)	3)	4)	5)									備	
	6)	7)	8)	9)	10)									考	
と そ の 他 の 事 項 参 考	第三者評価の実施状況	している（実施先： _____）・ していない													
	苦情解決の措置概要	窓 口													
	そ の 他	担 当 者			電 話	—									
添 付 書 類	別紙「添付書類一覧表」のとおり														

一般就労移行実績

【申請日の属する日から遡って過去3年間において、一般就労に移行した者を記載すること】

	氏名	就職日	就職先事業所名
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

- 注1 申請日の属する日から遡って過去3年間において、一般就労に移行した者について記入する。
一般就労の定義、雇用継続の状況は問わない。
- 注2 就労定着支援を申請する事業所ごとに作成し、指定申請書に添付すること。
- 注3 申請日の属する日から遡って過去3年間において、一般就労移行者数が3人以上いる場合は指定要件を満たすことになる
- 注4 適宜、欄は追加してください。

(1) 利用者の推定数

新規に指定を受ける場合の就労定着支援の利用者の数は、

① 新設の時点から6月未満の場合

一体的に運営する就労移行支援等を受けた後に就労し、就労を継続している期間が6月に達した者の数の過去3年間の総数の70%

年度		人
合計		人



$$\boxed{} \times 70\% = \boxed{} \text{ (利用者の推定数)}$$

(過去3年間の総数)

② 新設の時点から6月以上1年未満の場合

直近の6月における全利用者の延べ数を6で除した数

(2) 就労定着支援員の員数について

従業者の配置は、前年度の平均利用者数の数に応じて配置する。

ただし、新設の時点から6月未満の場合は、利用者の推定数を40で除して得た数

$$\boxed{} \div 40 = \boxed{} \text{ (就労定着支援員の員数)}$$

(利用者の推定数)

付表 1 4 自立生活援助事業所の指定に係る記載事項
(表)

										事業所番号													
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															
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等																		第 条 第 項 第 号 ()					
管理者	フリガナ																						
	氏名							住所	郵便番号 () 都 道 府 県 郡 市														
	他の職務との兼務の有無及び職種	有・無						職種															
	他の事業所又は施設を兼務する場合、当該兼務する事業所等の名称等	名称	1) ----- 2) -----																				
		サービス種類	1) ----- 3) ----- 2) ----- 4) -----																				
		職種	1) ----- 3) ----- 2) ----- 4) -----																				
勤務時間		: ~ : (実働 時間 分)																					
サービス管理責任者	フリガナ																						
	氏名							住所	郵便番号 () 都 道 府 県 郡 市														
	他の職務との兼務の有無及び職種	有・無						職種															
	資格要件	実務経験						研修の受講状況	相談支援従事者研修				受講済・未受講										
		資格種類							サービス管理責任者研修				受講済・未受講										
	フリガナ																						
氏名							住所	郵便番号 () 都 道 府 県 郡 市															
他の職務との兼務の有無及び職種	有・無						職種																
資格要件	実務経験						研修の受講状況	相談支援従事者研修				受講済・未受講											
	資格種類							サービス管理責任者研修				受講済・未受講											
従業者の職種・員数	職種・勤務形態	サービス管理責任者	専従		兼務		地域生活支援員		専従		兼務		専従		兼務		専従		兼務				
		常勤・非常勤の別	常勤(人)		非常勤(人)		常勤換算後の人数(人)																
		職種・勤務形態	専従		兼務		専従		兼務		専従		兼務		専従		兼務		専従		兼務		
	常勤・非常勤の別	常勤(人)		非常勤(人)		常勤換算後の人数(人)																	
		常勤(人)		非常勤(人)		常勤換算後の人数(人)																	
		常勤(人)		非常勤(人)		常勤換算後の人数(人)																	
	前年度利用者数(又は推定数)	自立生活	非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	前年度開所月数	平均利用者数												
		人	人	人	人	人	人	人	人	月	人												

(裏)

主 な 掲 示 事 項	営業日	月	火	水	木	金	土	日	祝	休業日	年末年始 夏季 その他	備考
	営業時間	平日	時		分		～	時		分		
		土曜	時		分		～	時		分		
		日・祝日	時		分		～	時		分		
	サービス提供日	月	火	水	木	金	土	日	祝	休業日	年末年始 夏季 その他	備考
	サービス提供時間	時 分～ 時 分										
	サービスを提供する主たる対象者	身体障害者					知的障害者		精神障害者		難病等対象者	
		肢体不自由	視覚	聴覚・言語	内部							
	利用料											
	その他の費用											
	通常の事業の実施地域	1)	2)	3)	4)	5)	備考					
		6)	7)	8)	9)	10)						
	と そ な る 他 事 参 考 者	第三者評価の実施状況	している (実施先:) ・ していない									
		苦情解決の措置概要	窓口									
担当者								電話	-	-		
その他												
添付書類	別紙「添付書類一覧表」のとおり											

付表 15 多機能型による事業を実施する場合の記載事項（総括表）

単位 / 単位

										事業所番号									
主たる事業所	フリガナ																		
	名称																		
	所在地	郵便番号 ()																	
	連絡先	電話番号				-				FAX番号				-					
	実施する事業	種別	児童発達支援		放課後等デイサービス		保育所等訪問支援		生活介護		自立訓練		就労移行支援		就労継続支援				
											機能訓練	生活訓練			A型	B型			
利用定員	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人				
サービスを提供する主たる対象者		身体障害者	知的障害者	精神障害者	難病等対象者	肢体不自由	視覚	聴覚	言語	内部									
管理者	フリガナ																		
	氏名																		
	住所	郵便番号 () 都道府県 郡市																	
	他の職務との兼務の有無及び職種	有・無	職種																
	同一敷地内の他の事業所又は施設を兼務する場合、当該兼務する事業所等の名称等	名称	1)																
		サービス種類	1)	3)															
2)		4)																	
職種		1)	3)																
勤務時間		:	~	:	(実働時間分)														
従事する事業所 1	フリガナ																		
	名称																		
	所在地	郵便番号 () 大阪府 郡市																	
	連絡先	電話番号				-				FAX番号				-					
	実施する事業	種別	児童発達支援		放課後等デイサービス		保育所等訪問支援		生活介護		自立訓練		就労移行支援		就労継続支援				
											機能訓練	生活訓練			A型	B型			
利用定員	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人					
サービスを提供する主たる対象者		身体障害者	知的障害者	精神障害者	難病等対象者	肢体不自由	視覚	聴覚	言語	内部									
従事する事業所 2	フリガナ																		
	名称																		
	所在地	郵便番号 () 大阪府 郡市																	
	連絡先	電話番号				-				FAX番号				-					
	実施する事業	種別	児童発達支援		放課後等デイサービス		保育所等訪問支援		生活介護		自立訓練		就労移行支援		就労継続支援				
											機能訓練	生活訓練			A型	B型			
利用定員	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人					
サービスを提供する主たる対象者		身体障害者	知的障害者	精神障害者	難病等対象者	肢体不自由	視覚	聴覚	言語	内部									