

**別記第1号様式の付表5-2
併せて通所による指定施設支援を提供する場合の記載事項**

受付番号

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					
当該事業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						
従業者の職種・員数		保健師又は看護師		生活支援員		作業指導員		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)										
基準上の必要人数(人)										
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					
添付書類		別添のとおり(定款及び登記簿謄本又は条例等、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」欄及び「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紙に記載してください。
 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、入所者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。

別記第 1 号様式の付表 5-3

指定施設支援を提供する施設であって利用者が 20 人未満のもの(分場)を設置する場合の記載事項

(知的障害者入所更生施設
知的障害者通所更生施設)

受付番号	
------	--

※いずれかに○を付してください。

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				
当該事業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				
従業者の職種・員数		保健師又は看護師		生活支援員		作業指導員		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)									
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					
居室	1室の最大定員	人		人以下					
	入所者1人当たりの最小床面積	㎡		㎡					
作業室 (作業場)	1人当たりの床面積	㎡		㎡					
廊下	廊下の幅	m		m					
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			
添付書類		別添のとおり(定款及び登記簿謄本又は条例等、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」欄及び「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紙に記載してください。
 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、入所者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。