児童福祉法に基づく事業者指定の申請に係る書類一覧

事業所の名称		所在地（区市町村名）	

※「申請者確認欄」の該当欄に「○」を付し、添付書類等に漏れがないよう確認してください。

申請書及び添付書類		申請者確認欄	備考
申請書	指定申請書		様式1・別紙
	指定に係る記載事項　※多機能型事業所の場合は、付表7に加えて、該当する事業の付表を全て提出してください。		付表
加算届出	障害児（通所・入所）給付費算定に係る体制等に関する届出書		様式第1号
	障害児通所・入所給付費の算定に係る体制等状況一覧表		
※各加算の届出については適宜必要書類を提出してください。			
	社会保険及び労働保険への加入状況にかかる届出書		
	登記事項証明書、条例（公設の場合）等		
	事業所の平面図、写真及び設備備品の概要、周辺地図 ※平面図については、実際に事業に供するスペースの面積を記載してください。 ※建物が賃貸の場合は賃貸借契約書（写）を添付してください。		参考様式 ※しおり参照
	事業所の電話番号、FAX番号の根拠資料		
	事業所の管理者及児童発達支援管理責任者の経歴書 ※「児童発達支援管理責任者」として必要な研修の修了証等を添付してください。		参考様式
	児童発達支援管理責任者等の資格証（写）　※資格要件で必要な場合		
	実務経験証明書（原本） ※児童発達支援管理責任者の実務経験を記載して提出してください。		参考様式
	運営規程		記載例
	利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要		参考様式
	当該申請に係る事業に係る従事者の勤務の体制及び勤務形態一覧表		参考様式
	従業者の資格証（写）　※必要な場合		
	従業者の実務経験証明書（原本）　※必要な場合 ※児童福祉事業実務経験を記載して提出してください。		参考様式
	協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約の内容		参考様式 ※保育所等訪問支援は不要
	就業規則		
	法第21条5の15第3項各号非該当誓約書（両面印刷）		参考様式
	消防計画		
	〈送迎を行う場合〉車検証（写）　※車両がリースの場合、リース契約書		
	事業開始届、事業計画書、収支予算書		
	耐震化調査票（検査済証又は台帳記載事項照明を添付）		

※申請される際には、事業所保管用として事前に提出書類一式のコピーをとっておくようにして下さい。

〔担当者連絡先〕

提出いただいた申請書類に記載されている内容について、問い合わせする際の連絡先を記入してください。

事業所名	
担当者名	
電　　話	
ＦＡＸ	
メールアドレス	

指定申請する事業等の支援開始年月日	2022/3/1
申請書　提出年月日	2022/2/5
申請担当者名	申請担当者名

⇦プルダウンメニューから選択して下さい

提出日は提出時に記入いただきますので、申請書類の表示は【例：令和３年２月　日】となります。
申請書提出予定日をご記入ください。。

事業者（法人）	フリガナ	ｼｬｶｲ				
	名前	社会福祉法人　○○会				
	住所	郵便番号	001	―	0222	〒（001-0222）
		東京都新宿区西新宿１－ｘ－A				
	法人種別	社会福祉法人(社協)				
	法人番号	0102030405060708				
	TEL	03-3333-3333				
	FAX	03-3333-3334				
	職名	理事長				
	フリガナ	アヅマ　キョウタロウ				
	代表者	東　京太郎				
	代表者住所	郵便番号	456	―	7890	〒（456-7890）
		東京都新宿区西新宿０－０－A				

事業所	フリガナ	ﾄｳｷｮｳｼｮｳｶﾞｲｼﾞﾊｯﾀﾂｼｴﾝｼﾞｷﾞｮｳｼｮ				
	名前	東 京 障 害 児 発 達 支 援 事 業 所				
	住所	郵便番号	123	―	4567	〒（123-4567）
		東京都新宿区北０－０－B				
	TEL	０３－０００００－０００４				
	FAX	０３－０００００－０００５				

事業等の種別	児童発達支援
	保育所等訪問支援
	居宅訪問型児童発達支援

管理者	フリガナ	ｼｶｸ ﾀﾛｳ				
	名前	◇　太郎				
	生年月日	1989年12月31日				
	住所	郵便番号	123	―	4567	〒（123-4567）
		東京都新宿区南０－０－C				
	TEL	０３－０００００－０００６				

児童発達支援管理責任者	フリガナ	ｸﾛｼｶｸ ﾊｼﾞﾒ				
	名前	◆　―				
	生年月日	2020年12月20日				
	住所	郵便番号	012	―	3456	〒（012-3456）
		東京都新宿区東０－０－D				
	TEL	０３－０００００－００００				

苦情解決の措置概要	受付担当者名	苦情受付担当者A
	苦情受付責任者名	苦情受付責任者B
	受付窓口の電話番号	０１－２３４５－６７８９

協力医療機関 1	医療機関名	○○病院		
	所在地	東京都新宿区０－１－２		
	診療科名	小児科、内科		
	事業所からの距離	徒歩	車	
		1　分	1　分	
協力医療機関 2 ※複数ある場合のみ	医療機関名	▲▲病院		
	所在地	東京都渋谷区０－０－０		
	診療科名	小児科、外科、整形外科、アレルギー科		
	事業所からの距離	徒歩	車	
		2　分	2　分	
協力医療機関 3 ※複数ある場合のみ	医療機関名			
	所在地			
	診療科名			
	事業所からの距離	徒歩	車	
		分	分	

別記
第1号様式（第2条関係）

受付番号	

障害児通所支援
指定（更新）申請書
障害児入所支援

令和4年 2月　　日

東京都知事　殿

申請者　　所在地　東京都新宿区西新宿1－x－A
（設置者）　名　称　社会福祉法人　○○会
代表者　東　京太郎　印

児童福祉法に規定する障害児（通所・入所）支援に係る指定（更新）を受けたいので次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	シャカイフクシホウジン　マルマルカイ			
	名称	社会福祉法人　○○会			
	主たる事務所の所在地	〒（001-0222） 東京都新宿区西新宿1－x－A			
	法人である場合その種別	社会福祉法人(社協)		法人所轄庁	
	連絡先電話番号	03-3333-3333		ＦＡＸ番号	03-3333-3334
	代表者の職・氏名	職　名		フリガナ	アヅマ　キョウタロウ
			理事長	氏　名	東　京太郎
	代表者の住所	〒（456-7890） 東京都新宿区西新宿0－0－A			
指定を受けようとする事業等の種類	フリガナ	トウキョウショウガイジハッタツシエンジギョウショ			
	名称	東京障害児発達支援事業所			
	施設又は事業所の所在地	〒（123-4567） 東京都新宿区北0－0－B			
	事業等の種別	指定申請する事業等の支援開始年月日		様式	
	児童発達支援 保育所等訪問支援 居宅訪問型児童発達支援	R4.3.1		第2号様式（付表2） 第4号様式（付表4） 第5号様式（付表5） 第7-1号様式（付表7　その1） 第7-2号様式（付表7　その2）	
	同一所在地において行う事業等の種類	事業所番号			
	備考				

実施する事業に該当するものを選択してください。
多機能の場合は第7-1号様式、第7-2号様式が必要です。

同じ建物内で行っている事業があれば記入してください。

（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、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「公益社団法人」「公益財団法人」「一般社団法人」「一般財団法人」「株式会社」「有限会社」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、東京都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。また、今回の指定（更新）申請以外に、既に指定（児童福祉法・障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律等）を受けている場合は、別紙にその全てを記載してください。
6　申請する事業等の種類に応じて付表を添付してください。

（日本産業規格A列4番）

（別紙）

今回の指定（更新）申請以外に、既に指定を受けている事業等について（児童福祉法・障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律等）

法律の名称	サービスの種類	指定年月日	指定事業所番号
児童福祉法	放課後等デイサービス	2019年4月1日	1500000000
障害者総合支援法	生活介護	2020年6月1日	1700000000

既に実施している事業がありましたらご記入ください。

（日本産業規格A列4番）

第2号様式

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

（　　重症心身障害以外　　）

受付番号	

事業所	フリガナ	トウキョウショウガイジハッタツシエンジギョウショ			
	名　称	東京障害児発達支援事業所			
	所在地	〒（123-4567） 東京都新宿区北0－0－B			
	連絡先	電話番号	03-0000-0004	FAX番号	03-0000-0005
管理者	フリガナ	シカク タロウ	住　所	〒（123-4567） 東京都新宿区南0－0－C	
	氏　名	◇　太郎			
	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	東京障害児発達支援事業所		
		兼務する職種及び勤務時間等	児童指導員 10時から18時		
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	クロシカク ハジメ	住　所	〒（012-3456） 東京都新宿区東0－0－D	
	氏　名	◆　一			

従業者の職種・員数		児童指導員		保育士		障害福祉サービス経験者		児童発達支援管理責任者	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤（人）							1	
	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		その他の従業者	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務

設備	指導訓練室	有　・　無
主な掲示事項		
営業日	月曜日から金曜日（ただし祝日、12月30日から1月5日を除く）	
営業時間	9：00～17：00	
サービス提供時間（送迎時間を除く）	①10：00～12：00　②14：00～16：00	
利用定員	10人　（①5人　②5人）	
利用料	厚生労働大臣が定める基準による額	
その他の費用	おやつ代50円/回	
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）01-2345-6789　担当者　苦情受付担当者A
	その他	
協力医療機関	名　称　○○病院	主な診療科名　小児科、内科
協力医療機関	名　称　▲▲病院	主な診療科名　小児科、外科、整形外科、アレルギー科
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	放課後等デイサービス、保育所等訪問支援	
添付書類	別添のとおり（登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、障害児等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、設備・備品等一覧表、協力医療機関	

（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.「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.「主な掲示事項」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。

（日本産業規格A列4番）

管理者が以下の兼務をしている場合に記入してください。
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

勤務形態一覧表に名前のあるすべての従業員について
常勤　または　非常勤
専従　または　兼務
に分けてご記入ください。

主な掲示事項は、運営規程と同じ内容を記入してください。

指導訓練室【有】を〇で囲んでください。

単位を設けて事業を実施する場合はその旨がわかるように記入してください

送迎の有／無をどちらかを〇で囲んでください。

第三者評価の実施状況について、どちらかを〇で囲んでください。

多機能型事業所の場合で、一体的に運営される他の事業がある場合は記入してください。

第４号様式

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
（　　重症心身障害以外　　）

受付番号	

事業所	フリガナ	ﾄｳｷｮｳｼｮｳｶﾞｲｼﾞﾊｯﾀﾂｼｴﾝｼﾞｷﾞｮｳｼｮ			
	名　称	東京障害児発達支援事業所			
	所在地	〒(123-4567) 東京都新宿区北０－０－Ｂ			
	連絡先	電話番号	０３－００００－０００４	FAX番号	０３－００００－０００５
管理者	フリガナ	ｼｶｸ ﾀﾛｳ	住　所	〒(123-4567) 東京都新宿区南０－０－Ｃ	
	氏　名	◇　太郎			
	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	東京障害児発達支援事業所		
		兼務する職種及び勤務時間等	児童指導員 10時から18時		
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	ｸﾛｼｶｸ ﾊｼﾞﾒ	住　所	〒(012-3456) 東京都新宿区東０－０－Ｄ	
	氏　名	◆　一			

従業者の職種・員数		児童指導員		保育士		障害経験者指導員		児童発達支援管理責任者	
		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		嘱託医		看護職員		その他の従業者	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤(人)								
		指導訓練室				(有)・無			

営業日等（12/29～1/3を除く）		平日	学校休業日	
			休日・祝日	長期休暇
	営業日	(月)(火)(水)(木)(金)	(土)・日・(祝)	(春・夏・冬)
	営業時間	13：30～18：30	9：30～16：30	9：30～16：30
	サービス提供時間（送迎時間を除く）	15：00～18：00 ※月曜日のみ　14：00～18：00	10：00～16：00	10：00～16：00
利用定員		10 人		
利用料		厚生労働大臣が定める基準による額		
その他の費用		おやつ代50円/回		
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）01-2345-6789	担当者　苦情受付担当者A
		その他		

協力医療機関	名　称	○○病院	主な診療科名	小児科、内科
協力医療機関	名　称	▲▲病院	主な診療科名	小児科、外科、整形外科、アレルギー科
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		児童発達支援、保育所等訪問支援		
添付書類		別添のとおり（登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、障害児等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、設備・備品等一覧表）		

（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.「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.「主な掲示事項」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。

（日本産業規格A列4番）

管理者が以下の兼務をしている場合に記入してください。
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

勤務形態一覧表に名前のあるすべての従業員について
常勤　または　非常勤
専従　または　兼務
に分けてご記入ください。

営業日から除く日（お盆休み、年末年始等）がある場合はこちらに記入してください。

指導訓練室【有】を〇で囲んでください。

送迎の有／無をどちらかを〇で囲んでください。

第三者評価の実施状況について、どちらかを〇で囲んでください。

多機能型事業所の場合で、一体的に運営される他の事業がある場合は記入してください。

第５号様式

付表５　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	ﾄｳｷｮｳｼｮｳｶﾞｲｼﾞﾊｯﾀﾂｼｴﾝｼﾞｷﾞｮｳｼｮ			
	名　称	東京障害児発達支援事業所			
	所在地	〒(123-4567) 東京都新宿区北０－０－Ｂ			
	連絡先	電話番号	０３－０００００－０００４	FAX番号	０３－０００００－０００５
管理者	フリガナ	ｼｶｸ ﾀﾛｳ	住　所	〒(123-4567) 東京都新宿区南０－０－Ｃ	
	氏　名	◇　太郎			
	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	東京障害児発達支援事業所		
		兼務する職種及び勤務時間等	児童指導員 10時から18時		
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	ｸﾛｼｶｸ ﾊｼﾞﾒ	住 所	〒(012-3456) 東京都新宿区東０－０－Ｄ	
	氏　名	◆　一			

従業者の職種・員数		訪問支援員		児童発達支援管理責任者	
		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	専用の区画	有　・　無

主な掲示事項					
営業日	月～金（祝日、長期休業除く）				
営業時間	9時から18時				
サービス提供時間	10時から17時				
利用料	厚生労働大臣が定める基準による額				
その他の費用	なし				
通常の事業の実施地域	新宿区、中野区				
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）	01-2345-6789	担当者	苦情受付担当者
	その他				
多機能型実施の有無	(有)　・　無				
添付書類	別添のとおり（登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、障害児等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、設備・備品等一覧表）				

（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.「主な掲示事項」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。
5.「通常の事業の実施地域」欄には、市町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は適宜地図を添付してください。

（日本産業規格A列4番）

管理者が以下の兼務をしている場合に記入してください。
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

勤務形態一覧表に名前のあるすべての従業員について
常勤　または　非常勤
専従　または　兼務
に分けてご記入ください。

主な掲示事項は、
運営規程と同じ内容を記入してください。

第三者評価の実施状況について、どちらかを〇で囲んでください。

多機能型事業所の場合で、一体的に運営される他の事業がある場合は「有」、ない場合は「無」を〇で囲んでください。

第６号様式

付表６　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	トウキョウショウガイジ ハッタツシエンジギョウショ			
	名　称	東京障害児発達支援事業所			
	所在地	〒(123-4567) 東京都新宿区北０－０－Ｂ			
	連絡先	電話番号	０３－０００００－００００４	FAX番号	０３－０００００－００００５
管理者	フリガナ	シカク タロウ	住　所	〒(123-4567) 東京都新宿区南０－０－Ｃ	
	氏　名	◇　太郎			
	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	東京障害児発達支援事業所		
		兼務する職種及び勤務時間等	児童指導員 10時から18時		
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	クロシカク ハジメ	住　所	〒(012-3456) 東京都新宿区東０－０－Ｄ	
	氏　名	◆　一			

従業者の職種・員数		訪問支援員		児童発達支援管理責任者	
		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	専用の区画	有　・　無

主な掲示事項					
営業日	月～金（祝日、長期休業除く）				
営業時間	9時から18時				
サービス提供時間	10時から17時				
利用料	厚生労働大臣が定める基準による額				
その他の費用	なし				
通常の事業の実施地域	新宿区、杉並区、三鷹市				
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）	01-2345-6789	担当者	苦情受付担当者Ａ
	その他				
多機能型実施の有無	(有)　・　無				
添付書類	別添のとおり（登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、障害児等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、設備・備品等一覧表、協				

（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.「主な掲示事項」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。
5.「通常の事業の実施地域」欄には、市町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。
なお、一部の地域が実施地域である場合は適宜地図を添付してください。

（日本産業規格A列4番）

管理者が以下の兼務をしている場合に記入してください。
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

勤務形態一覧表に名前のあるすべての従業員について
常勤　または　非常勤
専従　または　兼務
に分けてご記入ください。

主な掲示事項は、運営規程と同じ内容を記入してください。

第三者評価の実施状況について、どちらかを〇で囲んでください。

多機能型事業所の場合で、一体的に運営される他の事業がある場合は「有」、ない場合は「無」を〇で囲んでください。

第７－１号様式

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

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	ﾄｳｷｮｳｼｮｳｶﾞｲｼﾞﾊｯﾀﾂｼｴﾝｼﾞｷﾞｮｳｼｮ			
	名　称	東京障害児発達支援事業所			
	所在地	〒(123-4567) 東京都新宿区北０－０－Ｂ			
	連絡先	電話番号	03-0000-0004	FAX番号	03-0000-0005
(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	シカク タロウ	住　所	〒(123-4567) 東京都新宿区南０－０－Ｃ
	氏　名	◇　太郎		
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)		児童指導員	
	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	東京障害者支援事業所	
		兼務する職種及び勤務時間等	生活支援員 9時から12時	

同一事業所内で兼務する場合は職種を記入してください。

同一法人内の他の事業所で兼務する場合はご記入ください。

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		医療型児童発達支援	放課後等デイ		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			サービス単位			
		有	無		有	無		
	主たる事業所	○			○			
	従たる事業所							

○多機能の場合は
【主たる事業所】欄のみに記入してください。

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	居宅訪問型児童発達支援	保育所等訪問支援
合計	10	10		10		
主たる事業所	10	10		10		
従たる事業所						

○記載例は
児発と放デイの一体型多機能
定員は児発と放デイの合計で10名

(日本産業規格Ａ列４番)

第７－２号様式

付表７　その２

多

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		障害経験指導員		看護職員		その他の従業者	
			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
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（														
	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（														
	備考															
	基準上の必要人数（人															

勤務形態一覧表に名前のあるすべての従業員について

常勤　または　非常勤

専従　または　兼務

に分けて、

各項目毎に

【主たる事業所】欄および【合計】欄に記入してください。

			理学療法士又は作業療法士		言語聴				訪問支援員		栄養士			
			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。

（日本産業規格A列4番）

（様式第１号）

障害児（通所・入所）給付費算定に係る体制等に関する届出書

令和4年 2月　　日

東京都知事　　殿

届出者　所 在 地　東京都新宿区西新宿１－ｘ－A
事業者名　社会福祉法人　　〇〇会
代表者名　　東　京太郎　　印

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

届出者	フリガナ	ｼｬｶｲﾌｸｼﾎｳｼﾞﾝ　ﾏﾙﾏﾙｶｲ			
	名称	社会福祉法人　　〇〇会			
	主たる事務所の所在地	〒（001-0222） 東京都新宿区西新宿１－ｘ－A			
	連絡先	電話番号	03-3333-3333	ＦＡＸ番号	03-3333-3334
	法人の種別	社会福祉法人(社協)	法人所轄庁		
	代表者の職・氏名	職名	理事長	氏名	東　京太郎
	代表者の住所	〒（456-7890） 東京都新宿区西新宿０－０－A			
施設の状況	主たる事業所の所在地	〒（123-4567） 東京都新宿区北０－０－B			
	連絡先	電話番号	０３－０００００－０００４	ＦＡＸ番号	０３－０００００－０００５
	管理者の氏名	職名	管理者	氏名	◇　太郎
	管理者の住所	〒（123-4567） 東京都新宿区南０－０－C			

（裏面有り）

（裏面）

（通所・入所）支援の種類	指定年月日	異動等の区分	異動年月日	異動項目 （※変更の場合）
児童発達支援 保育所等訪問支援 居宅訪問型児童発達支援	R4.3.1	1 新規　2 変更　3 終了		

新規申請のため【１．新規】を〇で囲んでください。

特記事項	変更前	変更後

関係書類	別紙のとおり

注１　「法人の種別欄」は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」、「医療法人」、「社団法人」、「財団法人」、「株式会社」、「有限会社」等の別を記入してください。

注２　「法人所轄庁」欄は、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。

注３　「異動等の区分」欄は、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字に「〇」を記入してください。

注４　「異動項目」欄は、（別紙１）「障害児（通所・入所）給付費等の算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目を記載してください。

注５　「特記事項」欄は、異動の状況について具体的に記載してください。

障害児通所・入所給付費の算定に係る体制等状況一覧表

報酬算定区分に関する届出書（児童発達支援）の提出が必要です。

運営規程で定めている定員を入力してください。

障害の種別を選択してください。

主たる障害種別が重症心身障害であれば「1．非該当」を選んでください

開設する事業について開始年月日を入力してください。

提供サービス		特例による指定の有無（※1）	定員規模（※2）	施設等区分	主たる障害種別	その他該当する体制等		適用開始日
各サービス共通						地域区分	11．一級地　12．二級地　13．三級 (16．六級地)　17．七級地　23．その他	R4.4.1
障害児通所給付費	児童発達支援		10	1．児童発達支援センター (2．児童発達支援センター以外)	(1．重症心身障害以外) 2．重症心身障害	未就学児等支援区分	1．非該当　(2．Ⅰ)　3．Ⅱ	R4.4.1
						定員超過	(1．なし)　2．あり	R4.4.1
						職員欠如	(1．なし)　2．あり	R4.4.1
						児童発達支援管理責任者	(1．なし)　2．あり	R4.4.1
						開所時間減算	(1．なし)　2．あり	R4.4.1
						開所時間減算区分（※3）	1．４時間未満　2．４時間以上６時間未満	
						自己評価結果等未公表減算	(1．なし)　2．あり	R4.4.1
						児童指導員等加配体制	1．なし　2．専門職員（理学療法士等）　(3．児童指導員等)　4．その他従業者 5．専門職員（保育士）	R4.4.1
						看護職員加配体制（重心）	(1．なし)　2．Ⅰ　3．Ⅱ	R4.4.1
						福祉専門職員配置等	(1．なし)　3．Ⅱ　4．Ⅲ　5．Ⅰ	R4.4.1
						栄養士配置体制（※4）	(1．なし)　2．その他栄養士 3．常勤栄養士　4．常勤管理栄養士	R4.4.1
						特別支援体制	(1．なし)　2．あり	R4.4.1
						強度行動障害加算体制	(1．なし)　2．あり	R4.4.1
						送迎体制（重心外・医ケア）	(1．なし)　2．あり	R4.4.1
						送迎体制（重心）	(1．なし)　2．あり	R4.4.1
						延長支援体制	(1．なし)　2．あり	R4.4.1
						専門的支援加算体制	(1．なし)　2．理学療法士等　3．児童指導員	R4.4.1
						福祉・介護職員処遇改善加算対象	(1．なし)　2．あり	R4.4.1
						福祉・介護職員処遇改善特別加算対象	(1．なし)　2．あり	R4.4.1
						福祉・介護職員等特定処遇改善加算対象	(1．なし)　2．あり	R4.4.1
						キャリアパス区分（※5）	1．Ⅲ（キャリアパス要件（Ⅰ又はⅡ）及び職場環境等要件のいずれも満たす） 2．Ⅴ（キャリアパス要件及び職場環境等要件のいずれも満たさない） 3．Ⅳ（キャリアパス要件を満たさない） 4．Ⅳ（職場環境等要件を満たさない） 5．Ⅱ（キャリアパス要件（Ⅰ及びⅡ）及び職場環境等要件のいずれも満たす） 6．Ⅰ（キャリアパス要件（Ⅰ及びⅡ及びⅢ）及び職場環境等要件のいずれも満たす）	R4.4.1
						福祉・介護職員等特定処遇改善加算区分（※6）	1．Ⅰ　2．Ⅱ	R4.4.1
						指定管理者制度適用区分	(1．非該当)　2．該当	R4.4.1
						共生型サービス対象区分	(1．非該当)　2．該当	R4.4.1
						共生型サービス体制強化（※7）	(1．非該当)　2．Ⅰ　3．Ⅱ　4．Ⅲ	R4.4.1
						地域生活支援拠点等	(1．非該当)　2．該当	R4.4.1
	医療型 児童発達支援			1．医療型児童発達支援センター 2．指定発達支援医療機関		定員超過	1．なし　2．あり	
						開所時間減算	1．なし　2．あり	
						開所時間減算区分（※3）	1．４時間未満　2．４時間以上６時間未満	
						福祉専門職員配置等	1．なし　3．Ⅱ　4．Ⅲ　5．Ⅰ	
						特別支援体制	1．なし　2．あり	
						送迎体制（重度）	1．なし　2．あり	
						保育職員加配	1．なし　3．Ⅰ　4．Ⅱ	
						延長支援体制	1．なし　2．あり	
						福祉・介護職員処遇改善加算対象	1．なし　2．あり	
						福祉・介護職員処遇改善特別加算対象	1．なし　2．あり	
						福祉・介護職員等特定処遇改善加算対象	1．なし　2．あり	
						キャリアパス区分（※5）	1．Ⅲ（キャリアパス要件（Ⅰ又はⅡ）及び職場環境等要件のいずれも満たす） 2．Ⅴ（キャリアパス要件及び職場環境等要件のいずれも満たさない） 3．Ⅳ（キャリアパス要件を満たさない） 4．Ⅳ（職場環境等要件を満たさない） 5．Ⅱ（キャリアパス要件（Ⅰ及びⅡ）及び職場環境等要件のいずれも満たす） 6．Ⅰ（キャリアパス要件（Ⅰ及びⅡ及びⅢ）及び職場環境等要件のいずれも満たす）	
						福祉・介護職員等特定処遇改善加算区分（※6）	1．Ⅰ　2．Ⅱ	
						指定管理者制度適用区分	1．非該当　2．該当	
						地域生活支援拠点等	1．非該当　2．該当	

「報酬算定区分に関する届出書（放課後等デイサービス）」の
提出が必要です。
サービス提供時間が３時間以上→区分１、３時間未満→区分２

運営規程で定めている定員を入力してください。

障害の種別を選択
してください。

開設する事業について
開始年月日を入力して
ください。

放課後等デイサービス	10	1．重症心身障害以外 2．重症心身障害	提供時間区分（旧：障害児状態等区分）	1．非該当　2．区分１　3．区	R4.4.1
			定員超過	1．なし　2．あり	R4.4.1
			開所時間減算	1．なし　2．あり	R4.4.1
			開所時間減算区分（※3）	1．４時間未満　2．４時間以上	
			職員欠如	1．なし　2．あり	R4.4.1
			児童発達支援管理責任者欠如	1．なし　2．あり	R4.4.1
			自己評価結果等未公表減算	1．なし　2．あり	R4.4.1
			児童指導員等加配体制	1．なし　2．専門職員（理学療法士等）　3．児童指導員等　4．その他従業者 5．専門職員（保育士）	R4.4.1
			看護職員加配体制（重心）	1．なし　2．Ⅰ　3．Ⅱ	R4.4.1
			福祉専門職員配置等	1．なし　3．Ⅱ　4．Ⅲ　5．Ⅰ	R4.4.1
			特別支援体制	1．なし　2．あり	R4.4.1
			強度行動障害加算体制	1．なし　2．あり	R4.4.1
			送迎体制（重心外・医ケア）	1．なし　2．あり	R4.4.1
			送迎体制（重心）	1．なし　2．あり	R4.4.1
			延長支援体制	1．なし　2．あり	R4.4.1
			専門的支援加算体制	1．なし　2．理学療法士等	R4.4.1
			福祉・介護職員処遇改善加算対象	1．なし　2．あり	R4.4.1
			福祉・介護職員処遇改善特別加算対象	1．なし　2．あり	R4.4.1
			福祉・介護職員等特定処遇改善加算対象	1．なし　2．あり	R4.4.1
			キャリアパス区分（※5）	1．Ⅲ（キャリアパス要件（Ⅰ又はⅡ）及び職場環境等要件のいずれも満たす） 2．Ⅴ（キャリアパス要件及び職場環境等要件のいずれも満たさない） 3．Ⅳ（キャリアパス要件を満たさない） 4．Ⅳ（職場環境等要件を満たさない） 5．Ⅱ（キャリアパス要件（Ⅰ及びⅡ）及び職場環境等要件のいずれも満たす） 6．Ⅰ（キャリアパス要件（Ⅰ及びⅡ及びⅢ）及び職場環境等要件のいずれも満たす）	R4.4.1
			福祉・介護職員等特定処遇改善加算区分（※6）	1．Ⅰ　2．Ⅱ	R4.4.1
			指定管理者制度適用区分	1．非該当　2．該当	R4.4.1
			共生型サービス対象区分	1．非該当　2．該当	R4.4.1
			共生型サービス体制強化（※7）	1．非該当　2．Ⅰ　3．Ⅱ　4．Ⅲ	R4.4.1
			地域生活支援拠点等	1．非該当　2．該当	R4.4.1

	保育所等訪問支援					訪問支援員特別体制	1．なし　2．あり	R4.4.1
						児童発達支援管理責任者欠如	1．なし　2．	R4.4.1
						福祉・介護職員処遇改善加算対象	1．なし	R4.4.1
						福祉・介護職員処遇改善特別加算対象	1．なし	R4.4.1
						福祉・介護職員等特定処遇改善加算対象	1．なし　2．	R4.4.1
						キャリアパス区分（※5）	1．Ⅲ（キャリアパス要件（Ⅰ又はⅡ）及び職場環境等要件のいずれも満たす） 2．Ⅴ（キャリアパス要件及び職場環境等要件のいずれも満たさない） 3．Ⅳ（キャリアパス要件を満たさない） 4．Ⅳ（職場環境等要件を満たさない） 5．Ⅱ（キャリアパス要件（Ⅰ及びⅡ）及び職場環境等要件のいずれも満たす） 6．Ⅰ（キャリアパス要件（Ⅰ及びⅡ及びⅢ）及び職場環境等要件のいずれも満たす）	R4.4.1
						指定管理者制度適用区分	1．非該当　2．該当	R4.4.1
						地域生活支援拠点等	1．非該当　2．該当	R4.4.1
	居宅訪問型 児童発達支援					訪問支援員特別体制	1．なし　2．あり	R4.4.1
						児童発達支援管理責任者欠如	1．なし　2．あり	R4.4.1
						福祉・介護職員処遇改善加算対象	1．なし　2．あり	R4.4.1
						福祉・介護職員処遇改善特別加算対象	1．なし　2．あり	R4.4.1
						福祉・介護職員等特定処遇改善加算対象	1．なし　2．あり	R4.4.1
						キャリアパス区分（※5）	1．Ⅲ（キャリアパス要件（Ⅰ又はⅡ）及び職場環境等要件のいずれも満たす） 2．Ⅴ（キャリアパス要件及び職場環境等要件のいずれも満たさない） 3．Ⅳ（キャリアパス要件を満たさない） 4．Ⅳ（職場環境等要件を満たさない） 5．Ⅱ（キャリアパス要件（Ⅰ及びⅡ）及び職場環境等要件のいずれも満たす） 6．Ⅰ（キャリアパス要件（Ⅰ及びⅡ及びⅢ）及び職場環境等要件のいずれも満たす）	R4.4.1
						指定管理者制度適用区分	1．非該当　2．該当	R4.4.1
						地域生活支援拠点等	1．非該当　2．該当	R4.4.1
障害児入所給付費	福祉型障害児 入所施設	1．なし 2．あり		1．当該施設が単独施設 2．当該施設に併設する施設が主たる施設 3．当該施設が主たる施設	1．知的障害児 2．自閉症児 3．盲児 4．ろうあ児 5．肢体不自由児	重度知的障害児収容棟設置（※8）	1．なし　2．あり	
						肢体不自由児施設重度病棟設置（※8）	1．なし　2．あり	
						定員超過	1．なし　2．あり	
						職業指導員体制	1．なし　2．あり	
						重度障害児支援（強度行動障害）	1．なし　2．あり	
						強度行動障害加算体制	1．なし　2．あり	
						心理担当職員配置体制（※9）	1．なし　2．Ⅰ　3．Ⅱ	
						看護職員配置体制	1．なし　2．Ⅰ　3．Ⅱ	
						児童指導員等加配体制	1．なし　2．専門職員（理学療法士等）　3．児童指導員等	
						自活訓練体制（Ⅰ）	1．なし　2．あり	
						自活訓練体制（Ⅱ）	1．なし　2．あり	
						福祉専門職員配置等	1．なし　3．Ⅱ　4．Ⅲ　5．Ⅰ	
						栄養士配置体制（※4）	1．なし　2．その他栄養士 3．常勤栄養士　4．常勤管理栄養士	
						小規模グループケア体制	1．なし　2．本体施設又は同一敷地の建物で行う場合　3．サテライト	
						ソーシャルワーカー配置体制	1．なし　2．あり	
						福祉・介護職員処遇改善加算対象	1．なし　2．あり	
						福祉・介護職員処遇改善特別加算対象	1．なし　2．あり	
						福祉・介護職員等特定処遇改善加算対象	1．なし　2．あり	
						キャリアパス区分（※5）	1．Ⅲ（キャリアパス要件（Ⅰ又はⅡ）及び職場環境等要件のいずれも満たす） 2．Ⅴ（キャリアパス要件及び職場環境等要件のいずれも満たさない） 3．Ⅳ（キャリアパス要件を満たさない） 4．Ⅳ（職場環境等要件を満たさない） 5．Ⅱ（キャリアパス要件（Ⅰ及びⅡ）及び職場環境等要件のいずれも満たす） 6．Ⅰ（キャリアパス要件（Ⅰ及びⅡ及びⅢ）及び職場環境等要件のいずれも満たす）	
						福祉・介護職員等特定処遇改善加算区分（※6）	1．Ⅰ　2．Ⅱ	
						指定管理者制度適用区分	1．非該当　2．該当	
						地域生活支援拠点等	1．非該当　2．該当	

開設する事業について開始年月日を入力してください。

開設する事業について開始年月日を入力してください。

貴	医療型障害児 入所施設			1．医療型障害児入所施設 2．指定発達支援医療機関		重度知的障害児収容棟設置（※8）	１．なし　２．あり	
						肢体不自由児施設重度病棟設置（※8）	１．なし　２．あり	
						定員超過	１．なし　２．あり	
						重度障害児支援	１．なし　２．あり	
						心理担当職員配置体制（※9）	１．なし　２．Ⅰ　３．Ⅱ	
						自活訓練体制（Ⅰ）	１．なし　２．あり	
						自活訓練体制（Ⅱ）	１．なし　２．あり	
						福祉専門職員配置等	１．なし　３．Ⅱ　４．Ⅲ　５．Ⅰ	
						保育職員加配	１．なし　２．あり	
						小規模グループケア体制	１．なし　２．あり	
						福祉・介護職員処遇改善加算対象	１．なし　２．あり	
						福祉・介護職員処遇改善特別加算対象	１．なし　２．あり	
						福祉・介護職員等特定処遇改善加算対象	１．なし　２．あり	
						キャリアパス区分（※5）	１．Ⅲ（キャリアパス要件（Ⅰ又はⅡ）及び職場環境等要件のいずれも満たす） ２．Ⅴ（キャリアパス要件及び職場環境等要件のいずれも満たさない） ３．Ⅳ（キャリアパス要件を満たさない） ４．Ⅳ（職場環境等要件を満たさない） ５．Ⅱ（キャリアパス要件（Ⅰ及びⅡ）及び職場環境等要件のいずれも満たす） ６．Ⅰ（キャリアパス要件（Ⅰ及びⅡ及びⅢ）及び職場環境等要件のいずれも満たす）	
						福祉・介護職員等特定処遇改善加算区分（※6）	１．Ⅰ　２．Ⅱ	
						指定管理者制度適用区分	１．非該当　２．該当	
						地域生活支援拠点等	１．非該当　２．該当	
相談支援	障害児相談支援					相談支援特定事業所	１．なし　２．Ⅲ　３．Ⅰ　４．Ⅱ　５．Ⅳ	
						行動障害支援体制	１．なし　２．あり	
						要医療児者支援体制	１．なし　２．あり	
						精神障害者支援体制	１．なし　２．あり	
						地域生活支援拠点等	１．非該当　２．該当	

注　　網掛けは、変更・追加された項目です。
※１　18歳以上の障害児施設入所者への対応として、児童福祉法に基づく指定基準を満たすことをもって、障害者総合支援法に基づく指定基準を満たしているものとみなす特例措置の有無を設定する。
※２　「定員規模」欄には、定員数を記入すること。
※３　「開所時間減算区分」欄は、開所時間減算が「２．あり」の場合に設定する。
※４　栄養士配置加算（Ⅰ）については「３：常勤栄養士または４：常勤管理栄養士」を選択する。
※５　「キャリアパス区分」欄は、福祉・介護職員処遇改善加算対象が「2. あり」の場合に設定する。
※６　「福祉・介護職員等特定処遇改善加算区分」欄は、福祉・介護職員等処遇改善加算対象が「2. あり」の場合に設定する。
※７　「共生型サービス対象区分」欄が「２．該当」の場合に設定する。
※８　「重度知的障害児収容棟」及び「肢体不自由児施設重度病棟」は、「厚生労働大臣が定める施設基準」の要件を満たすこと。
※９　「心理担当職員配置体制」欄の「３．Ⅱ」は、配置した心理指導担当職員が公認心理師の資格を有している場合に設定する。

（参考様式２）

設備･備品等一覧表

事業の種別（ 児童発達支援 保育所等訪問支援 居宅訪問型児童発達支援 ）

事業所名（ 東 京 障 害 児 発 達 支 援 事 業 所 ）

設備の概要	設備基準上適合すべき項目等についての状況	適合の可否
サービス提供上配慮すべき設備の概要	**○事務室は個人情報管理の為、常時施錠を行う。** **○カーテン等の布類は防炎仕様にしている。** **○相談室は利用者のプライバシーを尊重した。** **○子供の安全のため、床にクッション性のシートを敷いている。** 設備等で特に配慮している点を挙げてください。	
非常災害設備等	**○自動火災報知機を設置** **○消火器を設置**	
室名	備品の品目及び数量	
指導訓練室	**机　x　4** **椅子　x　4**	
事務室	**鍵付き書庫　x　1** **ＰＣ　x　2** **机　x　1** **椅子　x　4**	
相談室	**机　x　1** **椅子　x　2**	

備考１　申請するサービス種類に関して、基準省令で定められた設備基準上適合すべき項目のうち、「居室面積等一覧表」に記載した項目以外の事項について記載してください。

２ 必要に応じて写真等を添付し、その旨を合わせて記載してください。

３「適合の可否」欄には、何も記載しないでください。

（参考様式３）

管理者経歴書

管理者兼児童発達支援管理責任者の場合はタイトルを「管理者兼児童発達支援管理責任者経歴書」とする。

事業所の名称	東京障害児発達支		
フリガナ	ｼｶｸ ﾀﾛｳ	生年月日	平成1年12月31日
氏名	◇　太郎		
住所	〒（123-4567） 東京都新宿区南０－０－C		
電話番号	０３－００００－０００６		

主な職歴等

年　月　～　年　月	勤務先等	職務内容
平成25年4月～平成30年3月	**株式会社Ｔｏｋｙｏ 認可保育園とうきょう**	**保育士**
平成30年4月～令和1年12月	**一般社団法人Ｆｕｋｕｓｈｉ 児童発達支援ジドウ**	**管理者兼児童指導員**
令和2年1月～令和3年12月	**一般社団法人Ｆｕｋｕｓｈｉ 児童発達支援ジドウ**	**管理者兼児童発達支援管理責任者**
令和4年1月～令和4年3月(予定)	**株式会社イチョウ**	**開設準備**
令和4年4月(予定)～	**株式会社イチョウ 児童発達支援　イチョウ**	**管理者**

先日付は”（予定）”と記入してください。

勤務先は法人名と事業所名の両方を記入してください。

職務に関連する資格

資格の種類	資格取得年月日
保育士	**平成26年3月**

資格登録年月日を記入してください。

備考（研修等の受講の状況等）

備考１　住所・電話番号は、自宅のものを記載してください。

２　当該管理者が管理する事業所が複数の場合は、「事業所の名称」欄を適宜拡張して、その全てを記載してください。

（参考様式３）

児童発達支援管理責任者経歴書

管理者兼児童発達支援管理責任者の場合はタイトルを「管理者兼児童発達支援管理責任者経歴書」とする。

事業所の名称	東京障害児発達支援事		
フリガナ	ｸﾛｼｶｸ ﾊｼﾞﾒ	生年月日	令和2年12月20日
氏名	◆ ―		
住所	〒（012-3456） 東京都新宿区東０－０－D		
電話番号	０３－００００－００００		

年 月 ～ 年 月	勤務先等	職務内容
平成25年4月～平成30年3月	**株式会社Ｔｏｋｙｏ 放課後等デイサービスとうきょう**	**児童指導員**
平成30年4月～令和1年12月	**一般社団法人Ｆｕｋｕｓｈｉ 児童発達支援ジドウ**	**管理者兼児童指導員**
令和2年1月～令和3年12月	**一般社団法人Ｆｕｋｕｓｈｉ 児童発達支援ジドウ**	**管理者兼児童発達支援管理責任者**
令和4年1月～令和4年3月(予定)	**株式会社イチョウ**	**開設準備**
令和4年4月(予定)～	**株式会社イチョウ 児童発達支援　イチョウ**	**児童発達支援管理責任者**

先日付は”（予定）”と記入してください。

職務内容は職種ごとに期間を分けて記入してください。
例：管理者　ｘｘからｘｘｘまで
　　管理者兼児童指導員　ｚｚからｚｚｚまで

勤務先は法人名と事業所名の両方を記入してください。

職務に関連する資格

資格の種類	資格取得年月日
保育士	**平成26年3月**

資格登録年月日を記入してください。

備考（研修等の受講の状況等）

令和元年度東京都サービス管理責任者基礎研修及び児童発達支援管理責任者基礎研修「相談支援従事者初任者研修（講義部分）」令和元年11月14日

令和元年度東京都サービス管理責任者基礎研修及び児童発達支援管理責任者基礎研修　令和元年12月26日

備考１　住所・電話番号は、自宅のものを記載してください。
　　２　当該管理者が管理する事業所が複数の場合は、「事業所の名称」欄を適宜拡張して、その全てを記載してください。

（参考様式４）

実 務 経 験 証 明 書

令和　　年　　月　　日

法人名　　社会福祉法人▲▲
法人所在地　　東京都新宿区〇丁目〇－〇

代表者氏名　　〇〇　□□　　印
電話番号　　03 - 0000 - 0000

法人から都に１度出されたものは、写しに原本証明（〇年〇月〇日に提出したものと相違ない）と法人印をご捺印ください。

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

氏　　名	東京　一郎　　（生年月日　◆年　◆月　◆日）
現　住　所	東京都新宿区▲丁目▲－▲
施設又は事業所名	①〇×保育園 ②□◆事業所 ③★★事業所
事　業　種　別	**該当する事業、施設に〇をしてください。**（該当がない場合は**その他**に記載） (1)障害児入所施設、乳児院、児童家庭支援センター、児童養護施設、障害者支援施設 (2)認可保育園、幼保連携型認定保育園、地域型認定保育園 (3)学校、幼稚園、幼稚園型認定保育園、事業所内保育事業、居宅訪問型保育事業、家庭的保育事業 (4)障害児通所支援事業、放課後児童健全育成事業 (5)小規模保育事業（定員　名）、病児保育事業、地域子育て支援拠点事業、子育て (6)障害福祉サービス事業（生活介護、共同生活援助、居宅介護、就労継続支援など） (7)老人福祉施設、老人居宅介護、老人通所介護、地域包括支援センター、更生施設 (8)障害児（者）相談支援事業、児童相談所、地域生活支援事業、障害者就業支援センター (9)その他（　　） (10)認可外保育園、企業主導型保育事業
業　務　期　間	①　Ｈ２０年１月１日～Ｈ２１年１２月３１日（１年）150日 ②　Ｈ２２年１月１日～Ｈ２８年７月１５日（５年７か月） ③　Ｈ２８年７月１６日～Ｒ３年１１月３０日（３年４ヶ月） 実勤務日数（2,200日）　　週平均　４．６日
業　務　内　容	職名　①保育士（非常勤） ②相談支援専門員（常勤）　　常勤　・　非常勤 ③児童発達支援管理責任者（常勤） ①園児に対する直接支援 ②保護者に対する相談支援 ③個別支援計画の作成や従業員への指導

同一法人内で複数の事業所の勤務経験がある場合は分けてご記載ください。

該当する事業種別に〇をしてください。
複数ある場合は①②などでお示しください。手書きでも差し支えございません。

職名ごとに期間が分かるようにご記載ください。
非常勤の場合は日数をご記載ください。

（注）１．**業務期間欄**
対象者が要援護者に対する直接的な援助を行っていた期間を記入してください。
（産休・育休・療養休暇や長期研修期間等は業務期間となりません）
実務経験証明書作成日までの期間または退職した日までの期間を記入してください。

２．**業務内容欄**
指導員、生活指導員、看護士等の職名を記入し、業務について、「主に〇〇に対し△△などの直接支援業務（相談業務）」など具体的に記入してください。

３．証明内容を訂正した場合は、証明権者の職印を押印してください。なお、修正液による訂正は認められません。

４．区市町村委託事業や区市町村補助事業等の公費支出事業での実務経験の場合は、⑨その他に事業名を記載し、業務期間中に公費支出されていることが確認できる資料も添付してください。（例：補助金支給決定通知書等）

５．申請する法人と実務経験証明書を発行する法人が同一の場合、**雇用を証明する書類（雇用保険証、雇用契約書、源泉徴収票等の写し）を添付してください。**

（別紙２）

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

育児介護休業法に基づく時短により常勤として配置している場合は、1.0と記載してください。

サービス種類	児童発達支援・放課後等デイサービス	事業所・施設名	東京障害児通所支援事業所
定員	10	前年度の平均実利用者数	10

職種	勤務形態	氏名	基準及び基準外	福祉専門職加算（資格）	強度行動障害支援者養成研修（重度訪問介護、行動援護の研修含む）	育児介護時短届出日	第１週 1	2	3	4	5	6	7	第２週 8	9	10	11	12	13	14	第３週 15	16	17	18	19	20	21	第４週 22	23	24	25	26	27	28	4週の合計	週平均の勤務時間	常勤換算後の人数
							月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日			
管理者 児童発達支援管理責任者	常勤・兼務	■■　■■	基準		受講済み	R4.3.1	6	6	6	6	6			6	6	6	6	6			6	6	6	6	6			6	6	6	6	6			120	30.0	1.0
児童指導員	常勤・専従	◎◎　◎◎（旧姓：◇◇）	基準	介護福祉士			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			160	40.0	1.0
保育士	非常勤・専従	○○　○○	基準				6		6		6			6	6	6	6	6			6	6	6	6	6			6	6	6	6	6			108	27.0	0.6
保育士	非常勤・専従	△△　△△	基準					6		6					6		6					6		6					6		6				48	12.0	0.3
保育士	非常勤・専従	△△　△△	基準外				8		8		8			8		8		8			8		8		8			8		8		8			96	24.0	0.6
理学療法士	非常勤・専従	□□　□□	基準外					8		8					8		8					8		8					8		8				64	16.0	0.4
																																			0	0.0	0.0
																																			0	0.0	0.0
																																			0	0.0	0.0
																																			0	0.0	0.0
合計							28	28	28	28	28	0	0	28	34	28	34	28	0	0	28	34	28	34	28	0	0	28	34	28	34	28	0	0	596	149.0	3.9
1週間に当該事業所・施設における常勤職員の勤務すべき時間数																																			40		
営業時間							6	6	6	6	6			6	6	6	6	6			6	6	6	6	6			6	6	6	6	6			120		
サービス提供時間							6	6	6	6	6			6	6	6	6	6			6	6	6	6	6			6	6	6	6	6			120		

資格証が旧姓の場合は、氏名欄にカッコ書きで記載すれば、名字変更の証明書類は不要です。

曜日によって、基準となる日と基準外（加配）となる日があれば2行に分けて記載してください。

育児介護休業法に基づく時短勤務により、常勤として配置している場合は、変更届（本人が法人に対して育児介護休業法に基づく時短の申請をしている証明を添付）が必要です。

過去に変更届を提出済みである場合は、届出日（変更年月日）を記載してください。

この例の場合は、枠内の基準外（加配）の配置時間数が、１月における常勤の勤務すべき時間数（当事業所では１６０時間）以上となっており、常勤換算で１以上を満たすことから、児童指導員等加配加算（専門職員（理学療法士等））を算

注１　本表はサービスの種類ごとに作成してください。（例：①児童発達支援と②保育所等訪問支援の多機能型事業所の場合、①と②それぞれのものと①と②の従業者合わせたものの3枚必要になります）

注２　「職種」欄は、直接サービス提供職員に係る職種を記載し、「勤務形態」欄は、①常勤・専従、②常勤・兼務、③非常勤・専従、④非常勤・兼務のいずれかを記載するとともに、加算等に係る職員の加配を区分した上、それぞれ1日あたりの勤務時間を記載してください。

注３　常勤換算後の人数の算出に当たっては、小数点以下第２位を切り捨ててください。

注４　各事業所・施設において使用している勤務割表等（変更の届出の場合は変更後の予定勤務割表等）により、届出の対象となる従業者の職種、勤務形態、氏名、当該業務の勤務時間及び看護職員と介護職員の配置状況（関係する場合）が確認できる場合はその書類をもって添付書類として差し支えありません。

注５　児童発達支援・放課後等デイサービスにあっては、障害福祉サービス経験者については障害経験指導員と記載してください。

注６　児童発達支援・放課後等デイサービスにあっては、その他の従業者については指導員と記載してください。

（参考様式６）

利用者（入所者）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

事業所又は施設名	東 京 障 害 児 発 達 支 援 事 業 所
申請するサービス種類	児童発達支援 保育所等訪問支援 居宅訪問型児童発達支援

措　置　の　概　要

1　利用者（入所者）又はその家族からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口（連絡先）、担当者

苦情受付担当者　苦情受付担当者A
苦情受付責任者　苦情受付責任者B
対応日時　**平日　10時から17時　土曜、長期休暇　9時から17時**
連絡先　０１－２３４５－６７８９

2　円滑かつ迅速に苦情を解決するための処理体制・手順

苦情内容を苦情処理受付簿に記入し、事業所で定めた次の手順に基づき、迅速に対応を行う。
①
②
③
④
⑤

※具体的な対応方針を記入してください。

※運営規程の「通常の事業の実施地域に記載のあるすべての区市町村の連絡先を確認のうえ記載してください。
※重要事項説明書の内容を電話等で確認し、一致させること。

3　その他参考事項

当事業所以外に、区市町村の相談・苦情窓口等でも受け付けています。
○　区市町村　担当部署　連絡先
○　区市町村　担当部署　連絡先
○　区市町村　担当部署　連絡先

[illegible]
都と連携しながら苦情対応を行っています。
○東京都社会福祉協議会　福祉サービス運営適正化委員会
TEL：03-5283-7020／FAX：03-5283-6997（月～金曜日　９～17時）

備考　上の事項は例示であるので、これにかかわらず適宜項目を追加し、その内容について具体的に記載してください。

参考様式

協力医療機関について

協定書の写しを添付してください。

事業所名　東 京 障 害 児 発 達 支 援 事 業 所

所在地　　東京都新宿区北０－０－Ｂ

1	医 療 機 関 名	○○病院	
	所　在　地	東京都新宿区０－１－２	
	診療科名	小児科、内科	
	事業所からの距離	徒歩　1　分	車　1　分
2	医 療 機 関 名	▲▲病院	
	所　在　地	東京都渋谷区０－０－０	
	診 療 科 名	小児科、外科、整形外科、アレルギー科	
	事業所からの距離	徒歩　2　分	車　2　分
3	医 療 機 関 名		
	所　在　地		
	診 療 科 名		
	事業所からの距離	徒歩　分	車　分

※協定書の写しも添付してください。

（参考様式７）　　（表）

児童福祉法第２１条の５の１５第３項各号の規定に該当しない旨の誓約書

令和4年 2月　　日

東京都知事　　殿

申請者　所在地　東京都新宿区西新宿１－ｘ－A
名　称　社会福祉法人　　〇〇会
代表者　住　所　東京都新宿区西新宿０－０－A
氏　名　東　京太郎

申請者は法人名をご記載ください。

印は法人印をご捺印ください。

当法人（裏面に記載する役員等を含む。）は、下記に掲げる児童福祉法第２１条の５の１５第３項各号の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。

記

これらの規定に当てはまらないことを必ずご確認ください。

【児童福祉法第２１条の５の１５第３項各号の規定】（一部要約）

1　申請者が都道府県の条例で定める者でないとき。

2　当該申請に係る障害児通所支援事業所の従業者の知識及び技能並びに人の都道府県の条例で定める基準を満たしていないとき。

3　申請者が、第２１条の５の１９第２項の都道府県の条例で定める指定通所支援の事業の設備及び運営に関する基準に従って適正な障害児通所支援事業の運営をすることができないと認められるとき。

4　申請者が禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。

5　申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるもの（※）の規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。

（※）精神保健福祉士法、公認心理師法、身体障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、生活保護法、社会福祉法、老人福祉法、社会福祉士及び介護福祉士法、介護保険法、児童買春、児童ポルノに係る行為等の規制及び処罰並びに児童の保護等に関する法律、児童虐待の防止等に関する法律、障害者総合支援法、認定こども園法、障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律、子ども・子育て支援法、特区法（第十二条の五第十五項及び第十七項から第十九項までの規定に限る。）

5の2　申請者が、労働に関する法律の規定であつて政令で定めるもの（※）により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。

（※）労働基準法、最低賃金法、賃金の支払の確保等に関する法律

6　申請者が、第２１条の５の２４第１項又は第３３条の１８第６項の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して５年を経過しない者であるとき。

7　申請者と密接な関係を有する者が、第２１条の５の２４第１項又は第３３条の１８第６項の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して５年を経過していないとき。

8　（削除）

9　申請者が、第２１条の５の２４第１項又は第３３条の１８第６項の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第１５条の規定による通知があつた日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第２１条の５の２０第４項の規定による事業の廃止の届出をした者で、当該届出の日から起算して５年を経過しないものであるとき。

10　申請者が、第２１条の５の２２第１項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日までの間に第２１条の５の２０第４項の規定による事業の廃止の届出をした者で、当該届出の日から起算して５年を経過しないものであるとき。

11　第９号に規定する期間内に第２１条の５の２０第４項の規定による事業の廃止の届出があつた場合において、申請者が、同号の通知の日前６０日以内に当該事業の廃止の届出に係る法人の役員等又は当該届出に係る法人でない者の管理者であつた者で、当該届出の日から起算して５年を経過しないものであるとき。

12　申請者が、指定の申請前５年以内に障害児通所支援に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。

13　申請者が、法人で、その役員等のうちに第四号から第六号まで又は第九号から前号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。

14　申請者が、法人でない者で、その管理者が第四号から第六号まで又は第九号から第十二号までのいずれかに該当する者であるとき。

＊必ず表裏を両面印刷により使用してください。

（裏）

申請者（法人）名　（　　社会福祉法人　　〇〇会　　）

（フリガナ） 氏　　名	役職名・呼称 生年月日	住　　所
トウキョウ　タロウ 東京　太郎	理事長 2000/1/1	東京都〇〇区〇〇　〇丁目〇番〇号
ヒガシ　キョウコ 東　京子	管理者 2000/1/1	東京都〇〇区〇〇　〇丁目〇番〇号

役員名簿や法人登記簿などの役員全員が分かるものを添付してください。

管理者の記載も必要です。

注　当該法人の役員（業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、法人に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同等以上の支配力を有するものと認められる者を含む。）及び事業所を管理する者について記入してください。

東京都知事　殿　　令和4年 2月　　日

届出者　氏名

（法人の場合は名称）　社会福祉法人　〇〇会　印

児童発達支援 保育所等訪問支援　　事業開始届

このたび、標記の事業を開始しますので、下記により届け出ます。

記

事業	種類	児童発達支援 保育所等訪問支援 居宅訪問型児童発達支援
	内容	**障害児に日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与及び集団生活への適応訓練の実施**
経営者	氏名（法人の場合は名称）	社会福祉法人　〇〇会
	住所 （法人の場合は主たる事務所の所在地）	東京都新宿区西新宿１－x－A
条例、定款その他の基本約款		別紙のとおり

職員の職種	職務内容	職員の定数
管理者	**事業所運営・管理の統括**	**1**　人
児童発達支援管理責任者	**利用者の処遇に関する計画（管理者と兼務）**	**1**　人
児童指導員・保育士	**個別支援計画に基き利用者への指導・支援**	**4**　人
機能訓練担当職員	**個別支援計画に基き利用者への機能訓練**	**1**　人
	合計	**6**　人

主な職員の氏名及び経歴		別紙のとおり
事業を行おうとする区域 （区市町村の委託事業については区市町村名も含む）		**新宿区、中野区**
事業の用に共する施設（短期入所を行おうとする場合）	名称	
	種類	
	所在地	
	定員	人
事業開始予定年月日		令和4年3月1日
収支予算書及び事業計画書		別紙のとおり
事業所平面図及び部屋別面積表		

運営規程に定のある実施地域をすべて記入してください。

この紙面は、事業開始の届出を行おうとする方に「参考例」として示すものであり、届出の様式を定めるものではありません。

児童発達支援 保育所等訪問支援　　事業計画書

（法人名）社会福祉法人　　〇〇会

1　事業の方針

障害児に日常生活における基本的な動作の指導を行い、生活の質の向上を目指す。

2　事業所名及び所在地

東 京 障 害 児 発 達 支 援 事 業 所

東京都新宿区北0－0－B

管理者が児童発達支援管理責任者と兼務の場合。保育士と兼務の場合は（保育士と兼務）と記入してください。

3　従業者の人数

管理者　　1名　　（児童発達支援管理責任者と兼務）

児童発達支援管理責任者　1名

児童指導員・保育士　　4名

機能訓練担当職員　　1名

勤務形態一覧表に記載のある全職種の人数を記入してください。勤務形態一覧表に記載のない職種は記入不要です。

4　契約利用者予定数

40人

5　サービス提供予定利用者延べ人数

1月当たり　　**200人**（※収入の積算根拠となる人数）

6　収支予算書

別紙のとおり

収支予算書　　（単位：千円）

		3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	合計
収入見込み	利用者見込数（１日当たり）	6 人	7 人	8 人	9 人	10 人	10 人	10 人	10 人	10 人	10 人	10 人	10 人	110
	開所日数	20	19	20	23	22	21	23	21	20	20	20	20	249
	月延べ利用者数	120	133	160	207	220	210	230	210	200	200	200	200	2290
	算定額（＊）（１回当たり）	8.9	8.9	8.9	9.4	10.2	8.9	8.9	8.9	8.9	8.9	8.9	8.9	
	障害児通所給付費受入れ額			1,068	1,184	1,424	1,946	2,244	1,869	2,047	1,869	1,780	1,780	17,211
	合計（A）			1,068	1,184	1,424	1,946	2,244	1,869	2,047	1,869	1,780	1,780	17,211
支出見込み	人件費	930	930	930	930	930	930	930	930	930	930	930	930	9,300
	旅費、交通費													
	事務所賃借費													
	通信費													
	諸経費													
	合計（B）													
	利益（A－B）													

多機能の場合、行を追加するなど各事業ごとの利用見込みや収入が分かるようにしてください

支出項目は、実態に合わせて作成してください。

＊　算定額　＝　（　本体報酬　＋　各種加算　）　×　地域区分の単位

※　上記の例は、４月から事業開始の例（支出の費目は、もっと細かく記載しても可）

※　障害児通所給付費は、区市町村に請求した月の翌月末に振り込まれます。

（例：４月サービス提供分は、５月に請求し、６月末に振り込まれます。）

※　諸経費には、消耗品費、光熱水費、車両管理費、研修費、宣伝広告費、租税公課、社会保険料、借入金返済、レンタル料等が見込まれます。

参考【計算の根拠となる基本情報】

＜給付費に関する情報整理＞

地域区分	1級地	区分の単位	11.2
事業の種別	児発	放デイ	
基本単位	885	604	
休日単位		721	

事業所の体制に合わせて基本情報を追加・修正するなど、
ご利用ください。

加算

児童指導員等加配（Ⅰ）その他	90
送迎加算	54

処遇改善

別 紙

社会福祉施設等における耐震化に関する調査票

※ 1施設で複数の棟がある場合は、大変恐縮ですが調査票をコピーして、<u>棟ごとに調査票を作成してください</u>。

※ 回答できない事情がある場合は、欄外にその旨を記入してください。

所属団体（法人）名	名 称	社会福祉法人 ○○会
	所在地	東京都新宿区西新宿1－x－A
	担当者	申請担当者名
	電 話	03-3333-3333

施設名	名 称	東京障害児発達支援事業所	指定番号	
	所在地	東京都新宿区北0－0－B		
	担当者	◇ 太郎		
	電 話	03-0000-0004		

①	施設種別・棟の名称 (複数棟所有で棟名がない場合は、便宜上「A棟などの呼称で区分してください。)	施設種別 （別表から選択してください）		棟の名称 （記入例：管理棟）
		2－12 2－13	児童発達支援 保育所等訪問支援 居宅訪問型児童発達支援	東京障害児発達支援事業所
②	併設施設について (同一建物(棟)内に他の社会福祉施設が併設されている場合や、複数のサービスを提供している場合は御記入ください。)	施設種別 （別表から選択してください）		施設名称
		—		
		—		
		—		
		—		
		※書ききれない場合は、裏面欄外に御記入ください。		
③	施設について (A～Gについて御回答ください)	A 施設設置者の公私区分 （公立には、公設民営を含む）		公立 ・ (私立)
		B 建物の構造		(1.) 木造 2. 鉄筋コンクリート構造(RC) 3. 鉄骨構造(S) 4. 鉄骨鉄筋コンクリート構造(SRC) 5. その他 （ ）
		C 建物が竣工(完成)した年 ※昭和56年6月1日以降に建築確認を行なった建物は、現在の耐震基準に適合しています。		平成 20 年 3 月 ↳昭和57年1月1日以降 → (終了)
		D 建物の自己所有・賃貸の別 （無償貸与物件は賃貸）		自己所有 ・ (賃貸)
		E 建物の階数 （ビル一室等使用の場合は、当該建物総階数）		地下1階 地上5 階建
		F 建物の延べ床面積 （ビル一室等使用の場合は、施設面積と建物総面積）		施設面積 120.5㎡ ・ 建物総面積 723.0㎡
		G 増改築の有無		有（ 年 月） ・ (無)
④	耐震診断の実施状況について (A・Bのいずれか1箇所に○をつけてください)	A 耐震診断実施済み ※Iw値(木造)・Is値(非木造)は、階ごと等複数算出されている場合、全ての値を記載してください。		実施日： 年 月 Iw値・Is値： → ⑤へ
		B 耐震診断未実施 → ⑥へ		

以下を参考に指定予定の施設面積を記入してください。
施設面積：賃貸借契約書
建物総面積：検査済証等

⇒裏面へ

⑤	**耐震診断の結果と耐震化の実施状況について** （A・Bのいずれか1箇所に○をつけてください）	**A**　耐震診断の結果、耐震化は不要 （全ての階において、木造:Iw値1．1以上、非木造:Is値0．7以上）　**→ 終了** **B**　耐震診断の結果、耐震化が必要（いずれかの階で、Iw値が1.1未満又はIs値0.7未満） 耐震化の実施状況　：　1～4の中から、あてはまる項目に○をしてください。 1．改修済み 2．改修中 3．平成25年度の間に耐震改修終了予定 4．その他　：　ア～クの中から、最もあてはまる状況に一つ○してください。 ア．地方自治体において、耐震工事経費確保困難 イ．法人において、耐震工事経費確保困難 ウ．改築のための土地確保が困難 エ．関係者間の調整が困難 オ．平成26年度以降、改修予定 （実施時期　　年　　月） カ．施設が休止中若しくは現在、使用されていない キ．既に耐震工事済み ク．その他 （具体的に　：　　） **→ 終了**
⑥	**今後の耐震化予定について**	今後の耐震化予定　：　1～5の中から、最もあてはまるものに○してください。 1．改修中 2．平成25年度の間に耐震改修終了予定 3．診断予定（実施時期:　　年　　月） 4．廃止予定（廃止時期:　　年　　月） 5．上記以外：　ア～クの中から、最もあてはまる理由を一つ○してください。 ア．地方自治体において、耐震工事経費確保困難 イ．法人において、耐震工事経費確保困難 ウ．改築のための土地確保が困難 エ．関係者間の調整が困難 オ．平成26年度以降、改修予定 （実施時期　　年　　月） カ．施設が休止中若しくは現在、使用されていない キ．既に耐震工事済み ク．その他 （具体的に　：　　） **→ 終了**

（別表）

施設種別一覧

（２－１）障害福祉サービス事業所（療養介護を実施する事業所）
（２－２）障害福祉サービス事業所（生活介護を実施する事業所）
（２－３）障害福祉サービス事業所（短期入所を実施する事業所）
（２－４）障害福祉サービス事業所（自立訓練(機能訓練)を実施する事業所）
（２－５）障害福祉サービス事業所（自立訓練(生活訓練)を実施する事業所）
（２－６）障害福祉サービス事業所（宿泊型自立訓練を実施する事業所）
（２－７）障害福祉サービス事業所（就労移行支援を実施する事業所）
（２－８）障害福祉サービス事業所（就労継続支援(A型)を実施する事業所）
（２－９）障害福祉サービス事業所（就労継続支援(B型)を実施する事業所）
（２－１０）障害者支援施設（生活介護又は自立訓練を行うものに限る）
（２－１１）障害者支援施設（（２－１０）以外）
（２－１２）（旧児童デイサービスを実施していた事業所のうち）児童発達支援
（２－１３）（旧児童デイサービスを実施していた事業所のうち）放課後等デイサービス
（２－１４）補装具製作施設
（２－１５）盲導犬訓練施設
（２－１６）点字図書館
（２－１７）聴覚障害者情報提供施設
（２－１８）旧知的障害児施設（入所）
（２－１９）旧知的障害児通園施設（通所）
（２－２０）旧盲ろうあ児施設（入所）
（２－２１）旧難聴幼児通園施設（通所）
（２－２２）旧肢体不自由児施設（入所）
（２－２３）旧肢体不自由児通園施設（通所）
（２－２４）旧重症心身障害児施設（入所）
（２－２５）旧重症心身障害児（者）通園事業施設（通所）
（２－２６）福祉ホーム（身体・精神A）
（２－２７）地域活動支援センター
（２－２８）盲人ホーム

社会福祉事業等の事業所用

社会保険及び労働保険への加入状況にかかる確認票

貴事業所の現状等について、下記の項目に回答してください。

Ⅰ．現在、厚生年金保険・健康保険に加入していますか。
（該当する番号に〇を付してください。また、必要事項をご記入ください。）

	加入状況
1	加入している。　→下記のいずれかの書類の写しを提出してください。（提示も可） ●保険料の領収証書　●社会保険料納入証明書 ●社会保険料納入確認書 ●健康保険・厚生年金保険資格取得確認および標準報酬決定通知書 ●健康保険・厚生年金保険適用通知書 ※上記書類を所持していない場合には事業所整理記号を下記に記載するのみで可。 （本社等にて加入手続が行われている場合も事業所整理記号を下記に記載するのみで可。） □□□□□□□□
2	現在、加入手続中である。
③	今後、加入手続を行う。 （申請から３か月以内に適用要件（法人事業所または従業員５人以上の個人事業所）に該当する予定の場合を含む。） 令和（ 4 ）年（ 3 ）月頃に手続予定。（申請から３か月以内の年月をご記入ください。）
4	適用要件に該当しない。（個人事業所（法人ではない事業所）であって従業員が４名以下の場合。申請から３か月以内に適用要件に該当する予定がない。）
5	適用要件に該当するか不明である。 （個人事業所（法人ではない事業所）であって、正社員と、正社員以外で１週間の所定労働時間及び１か月の所定労働日数が同じ事業所で同様の業務に従事している正社員の４分の３以上である者との合計が５人以上か不明な場合。）

Ⅱ．現在、労働者災害補償保険・雇用保険に加入していますか。
（該当する番号に〇を付してください。また、必要事項をご記入ください。）

	加入状況
1	加入している。　→下記のいずれかの書類の写しを提出してください。（提示も可） ●労働保険概算・確定保険料申告書 ●納付書・領収証等　●保険関係成立届 ※上記書類を所持していない場合には労働保険番号を下記に記載するのみで可。 （本社等にて加入手続が行われている場合も労働保険番号を下記に記載するのみで可。） □□□□□□□□□□□－□□□
2	現在、加入手続中である。
③	今後、加入手続を行う。 （申請から３か月以内に従業員（パート・アルバイトを含む）を雇う予定がある場合を含む。） 令和（ 4 ）年（ 3 ）月頃に手続予定。（申請から３か月以内の年月をご記入ください。）
4	適用要件に該当しない。（事業主・役員・同居の親族のみで経営、従業員（パート・アルバイトを含む）がいない、申請から３か月以内に従業員を雇う予定がない。）

回答年月日　令和4年 2月　　日

事業所名称	社会福祉法人　〇〇会
事業所　所在地	東京都新宿区西新宿１－ｘ－A
会社等法人番号	0102030405060708
電話番号	03-3333-3333

※　事業主の皆様には、全ての法令を遵守していただきたいと考えています。社会保険・労働保険の適用が確認できない場合は、厚生労働省からの依頼に基づき、厚生労働省に情報提供いたします。

※　社会保険・労働保険の適用促進以外の目的では使用いたしません。

●加算届の提出書類一覧（児童福祉法関係）

※　申請に必要な届出書を提出してください。

※　同一従業者の資格証および実務経験証明書は、申請書類全体で一式です。

様式 ＼ 加算	報酬算定区分に関する届出書（児発）（放デイ）	（別添）医療的ケア区分に応じた基本報酬の算定に関する届出書	福祉専門職配置等加算に関する届出書	児童指導員等加配加算及び専門的支援加算に関する届出書	（重心）看護職員加配加算に関する届出書	特別支援加算体制届出書	強度行動障害児特別支援加算届出書	強度行動障害児支援加算の対象となる障害児	延長支援加算体制届出書	送迎加算に関する届出書（重症心身障害）	送迎加算に関する届出書（重症心身障害児以外・医療的ケア）	資格免状等の写し	実務経験証明書
報酬算定区分	●※1												
（別添）報酬算定区分		●※2											
福祉専門職配置等加算（Ⅰ）			●									●	
福祉専門職配置等加算（Ⅱ）			●									●	
福祉専門職配置等加算（Ⅲ）			●										●※3
児童指導員加配加算・専門的支援加算				●								●※4	●※4
看護職員加配加算					●							●	
特別支援加算						●						●	
強度行動障害児特別支援加算							●	●				●	
延長支援加算									●				
送迎加算（重症心身障害児）										●			
送迎加算（重症心身障害児以外）											●※5		

※1　申請する事業ごとに作成が必要です。児童発達支援か放課後等デイサービス、またはその両方。

※2　一般型事業所で医療的ケア児に医療的ケアを行う場合に作成してください。

※3　「勤続年数の状況」を充たすことにより算定する場合は、法人に採用された年月日がわかるものを添付してください。

※4　必要に応じて提出してください。

※5　看護職員を伴い、喀痰吸引等が必要な児に対して送迎を行う場合に提出してください。

令和4年 2月　　日

報酬算定区分に関する届出書（児童発達支援）

事業所・施設の名称	東 京 障 害 児 発 達 支 援 事 業 所
1　異動区分	①（新規）　②　変更　③　終了

「①　新規」を〇で囲んでください。

2　利用児童の状況

月	①　利用延べ人数	②　①うち未就学児	③　未就学児の割合（②／①）
4月			
5月			
6月			
7月			
8月			
9月			
10月			
11月			
12月			
1月			
2月			
3月			
合計			

新規開設のため、空白で提出してください。

※①に占める②の割合が70%以上の場合は、障害児通所報酬告示第1の二の（1）「主に未就学児に対し指定児童発達支援を行う場合」の区分で請求すること。

備考　「異動区分」欄については、該当する番号に〇を付してください。

医療的ケア区分に応じた基本報酬に関する届出を行う場合は別添も添付してください。

令和4年 2月　　日

報酬算定区分に関する届出書（放課後等デイサービス）

事業所・施設の名称	東 京 障 害 児 発 達 支 援 事 業 所
1　異動区分	①（新規）　　②　変更　　③　終了
2　提供時間	①（3時間以上）　　② 3時間未満

備考　「異動区分」欄については、該当する番号に〇を付してください。

「提供時間」欄は、運営規程等に定める標準的なサービス提供時間に1日に設定される単位の数を乗じた数をもとに選択してください。

医療的ケア区分に応じた基本報酬に関する届出を行う場合は別添も添付してください。

「①　新規」を〇で囲んでください。

（報酬算定区分に関する届出書・別添）

（別添）医療的ケア区分に応じた基本報酬の算定に関する届出書

記載例

		4月																															合計
	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	曜日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	
医療的ケア児利用児童数	区分3（32点以上）	1		1		1			1		1		1			1		1		1			1		1		1			1		1	
	区分2（16点以上）		1		1	1				1		1	1				1		1	1				1		1	1				1		
	区分1（3点以上）		2		2	1				2		2	1				2		2	1				2		2	1				2		
	合計	1	3	1	3	3	0	0	1	3	1	3	3	0	0	1	3	1	3	3	0	0	1	3	1	3	3	0	0	1	3	1	49
必要看護職員数	区分3（32点以上）	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	
	区分2（16点以上）	0	0.5	0	0.5	0.5	0	0	0	0.5	0	0.5	0.5	0	0	0	0.5	0	0.5	0.5	0	0	0	0.5	0	0.5	0.5	0	0	0	0.5	0	
	区分1（3点以上）	0	0.66	0	0.66	0.33	0	0	0	0.66	0	0.66	0.33	0	0	0	0.66	0	0.66	0.33	0	0	0	0.66	0	0.66	0.33	0	0	0	0.66	0	
	合計	1	1.16	1	1.16	1.83	0	0	1	1.16	1	1.16	1.83	0	0	1	1.16	1	1.16	1.83	0	0	1	1.16	1	1.16	1.83	0	0	1	1.16	1	28
配置看護職員数		1	1	1	2	2			1	1	1	2	2			1	1	1	2	2			1	1	1	2	2			1	1	1	31

医療的ケア児が利用する日の合計日数	23	日

医療的ケア児の１日の平均利用人数	2.13	人

備考　標準的な月における、医療的ケア児の利用児童数と、それに応じた必要看護職員数に対して、配置看護職員数を記載してください。

令和4年 2月　　日

福祉専門職員配置等加算に関する届出書（令和３年４月以降）

１　事業所・施設の名称	東 京 障 害 児 発 達 支 援 事 業 所
２　異動区分	１　(新規)　　２　変更　　３　終了
３　届出項目	１　福祉専門職員配置等加算（Ⅰ）　※有資格者35%以上 ２　福祉専門職員配置等加算（Ⅱ）　※有資格者25%以上 ３　福祉専門職員配置等加算（Ⅲ）　※常勤職員が75%以上又は勤続3年以上の常勤職員が30%以上

４　社会福祉士等の状況	① 生活支援員等の総数（常勤）	人		有・無
	② ①のうち社会福祉士等の総数（常勤）	人	→ ①に占める②の割合が２５%又は３５%以上	
５　常勤職員の状況	① 生活支援員等の総数（常勤換算）	人		有・無
	② ①のうち常勤の者の数	人	→ ①に占める②の割合が７５%以上	
６　勤続年数の状況	① 生活支援員等の総数（常勤）	人		
	② ①のうち勤続年数３年以上の者の数	人	→ ①に占める②の割合が３０%以上	

備考１　「異動区分」、「届出項目」欄については、該当する番号に〇を付してください。

２　ここでいう常勤とは、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準について」（平成１８年１２月６日厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）第二の２の（３）に定義する「常勤」をいう。

３　ここでいう生活支援員等とは、

〇療養介護にあっては、生活支援員

〇生活介護にあっては、生活支援員又は共生型生活介護従業者

〇自立訓練（機能訓練）にあっては、生活支援員又は共生型自立訓練（機能訓練）従業者

〇自立訓練（生活訓練）にあっては、生活支援員、地域移行支援員又は共生型自立訓練（生活訓練）従業者

〇就労移行支援にあっては、職業指導員、生活支援員又は就労支援員

〇就労継続支援Ａ型・Ｂ型にあっては、職業指導員又は生活支援員

〇自立生活援助にあっては、地域生活支援員

〇共同生活援助にあっては、世話人又は生活支援員（外部サービス利用型にあっては、世話人）

〇児童発達支援にあっては、加算（Ⅰ）（Ⅱ）においては、児童指導員又は共生型児童発達支援従業者、加算（Ⅲ）においては、児童指導員、保育士若しくは共生型児童発達支援従業者

〇医療型児童発達支援にあっては、加算（Ⅰ）（Ⅱ）においては、児童指導員又は指定発達支援医療機関の職員、加算（Ⅲ）においては、児童指導員、保育士又は指定発達支援医療機関の職員

〇放課後等デイサービスにあっては、（Ⅰ）（Ⅱ）においては、児童指導員又は共生型放課後等デイサービス従業者、加算（Ⅲ）においては、児童指導員、保育士若しくは共生型放課後等デイサービス従業者のことをいう。

令和4年 2月　　日

児童指導員等加配加算及び専門的支援加算に関する届出書

事業所・施設の名称	東 京 障 害 児 発 達 支 援 事 業 所
サービスの種別	① 児童発達支援　　② 放課後等デイサービス　　③ ①・②の多機能
1　異動区分	①（新規）　　② 変更　　③ 終了
2　従業者の状況	

	単位①	単位②
基準人数 A	人	人
従業者の総数 B（常勤換算）	人	人
うち理学療法士等の員数（常勤換算）	人	人
うち保育士の員数（常勤換算）		人
うち5年以上保育士の員数（常勤換算）		人
うち児童指導員等の員数（常勤換算）	人	人
うち5年以上児童指導員の員数（常勤換算）	人	人
うちその他の従業者の員数（常勤換算）	人	人
加配人数（B－A）	人	人
児童指導員等加配加算算定対象者	ア　理学療法士等 イ　児童指導員等 ウ　その他の従業者	ア　理学療法士等 イ　児童指導員等 ウ　その他の従業者
専門的支援加算算定対象者 （注）イ、ウは、児童発達支援の場合のみ選択可能。	ア　理学療法士等（保育士を除く。） イ　5年以上保育士 ウ　5年以上児童指導員	ア　理学療法士等（保育士を除く。） イ　5年以上保育士 ウ　5年以上児童指導員

次ページをご確認ください。

備考

1　「サービス種別」、「異動区分」欄については、該当する番号に〇を付してください。

2　「従業者の状況」には、サービス毎に単位を分けている場合は、児童指導員等の数を単位別に記載してください。

3　多機能型（人員配置特例の利用なし）の場合は、「従業者の状況」単位①・②欄にそれぞれ児童発達支援と放課後等デイサービスの「基準人数」等をそれぞれ記載してください。

4　「うち理学療法士等の員数（常勤換算）」には、サービス毎に配置されている理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、保育士、心理療法の技術を有する従業者又は視覚障害者の生活訓練の養成を行う研修を終了した従業者の数を単位別に記載してください。

5　「うち保育士の員数（常勤換算）」には、理学療法士等の員数のうち、保育士の数を単位別に記載してください。

6　「うち5年以上保育士の員数（常勤換算）」には、保育士の資格を得てから5年以上児童福祉事業に従事した経験を有する保育士の数を単位別に記載してください。

7　「うち児童指導員等の員数（常勤換算）」には、サービス毎に配置されている児童指導員、手話通訳士、手話通訳者、強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）を修了した指導員の数を単位別に記載してください。

8　「うち5年以上児童指導員の員数（常勤換算）」には、児童指導員の資格を得てから5年以上児童福祉事業に従事した経験を有する児童指導員の数を単位別に記載してください。

9　重度訪問介護従業者養成研修行動障害支援課程修了者又は行動援護従業者養成研修修了者を配置した場合には、強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）修了者と同等の扱いとします。

10　算定対象者については、該当項目に〇を付してください。

記入例

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

サービス種類	放課後等デイサービス	事業所・施設名	東京障害児発達支援事業所
定員	10	前年度の平均実利用者数	10

職種	勤務形態	氏名	第１週 1 月	2 火	3 水	4 木	5 金	6 土	7 日	第２週 8 月	9 火	10 水	11 木	12 金	13 土	14 日	第３週 15 月	16 火	17 水	18 木	19 金	20 土	21 日	第４週 22 月	23 火	24 水	25 木	26 金	27 土	28 日	4週の合計	週平均の勤務時間	常勤換算後の人数
管理者	常勤･兼務	A		4	4	4	4	2			4	4	4	4	2			4	4	4	4	2			4	4	4	4	2		72	18.0	0.4
児童発達支援管理責任者	常勤･専従	B	8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			160	40.0	1.0
児童指導員	常勤･専従	C		8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8		160	40.0	1.0
児童指導員	非常勤･専従	D	6	6	6	6	6			6	6	6	6	6			6	6	6	6	6			6	6	6	6	6			120	30.0	0.7
児童指導員	非常勤･専従	E	8					8		8					8		8					8		8					8		64	16.0	0.4
保育士	非常勤･専従	F	6	6		6	6			6	6		6	6			6	6		6	6			6	6		6	6			96	24.0	0.6
作業療法士	非常勤･専従	G	6		6			8		6		6			8		6		6			8		6		6			8		80	20.0	0.5
理学療法士	非常勤･専従	H		6	6	6	6	8			6	6	6	6	8			6	6	6	6	8			6	6	6	6	8		128	32.0	0.8
言語聴覚士	非常勤･専従	I	8							8							8							8							32	8.0	0.2
児童指導員	常勤･兼務	A		4	4	4	4	6			4	4	4	4	6			4	4	4	4	6			4	4	4	4	6		88	22.0	0.5
合計			42	42	42	42	42	40	0	42	42	42	42	42	40	0	42	42	42	42	42	40	0	42	42	42	42	42	40	0	1000	250.0	6.1
1週間に当該事業所・施設における常勤職員の勤務すべき時間数																															40		
営業時間			6	6	6	6	6	8		6	6	6	6	6	8		6	6	6	6	6	8		6	6	6	6	6	8		152		
サービス提供時間			4	4	4	4	4	6		4	4	4	4	4	6		4	4	4	4	4	6		4	4	4	4	4	6		104		

注１　本表はサービスの種類ごとに作成してください。

注２　「人員配置区分」欄は、報酬算定上の区分を記載し、「該当する体制等」欄は、（別紙１）「介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる体制加算等の内容を記載してください（この際、（別紙１）「介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表」の記載内容と同様に記載してください。）

注３　「職種」欄は、直接サービス提供職員に係る職種を記載し、「勤務形態」欄は、①常勤・専従、②常勤・兼務、③非常勤・専従、④非常勤・兼務のいずれかを記載するとともに、加算等に係る職員の加配を区分した上、それぞれ1日あたりの勤務時間を記載してください。

注４　算出に当たっては、小数点以下第２位を切り捨ててください。

注５　当該事業所・施設に係る組織体制図を添付してください。

注６　各事業所・施設において使用している勤務割表等（変更の届出の場合は変更後の予定勤務割表等）により、届出の対象となる従業者の職種、勤務形態、氏名、当該業務の勤務時間及び看護職員と介護職員の配置状況（関係する場合）が確認できる場合はその書類をもって添付書類として差し支えありません。

注７　放課後等デイサービスにあっては、障害福祉サービス経験者については障害経験指導員と記載してください。

注８　児童発達支援・放課後等デイサービスにあっては、その他の従業者については指導員と記載してください。

【従業者の総数】

管理者と児責の常勤換算分を除く、職員の常勤換算
１．０＋０．７+０．４+０．６+０．５＋０．８＋０．２
＝４．２←従業者の総数B

【基準人数】

営業時間÷常勤の就業時間
＝非常勤の児童指導員等が営業時間に配置されているとみなせる常勤換算（αとする）

αに常勤の児童指導員等の常勤換算（＝１．０）を足したものが、基準上、１０：２の配置を満たしている常勤換算といえる。←基準人数A

※この例の場合
１５２÷１６０＝０．９５
小数点第２以下は切り捨てとなるので、α＝０．９
１．０＋０．９＝１．９　←基準人数A

児童指導員等の総数４．２

管理者が直接支援の職種を兼務している場合、児童指導員等加配加算のカウントには入れることができないので、加配加算を取る場合は、管理者を除いて基準人員に加えて加配がとれる体制となっている必要があります。

【児童指導員等加配（その他の従業者※を配置する場合）】

人員配置基準（営業時間中に児童指導員又は保育士（機能訓練担当職員や看護職員を配置する場合は半数以上が児童指導員又は保育士である必要がある）が２名以上で、かつ内１名以上が常勤）を満たした上で、基準人員に加え、その他の従業者が常勤換算で１以上配置されている。

※この例の場合、１＋α（基準）＋１（加配）＝２．９人以上が必要
２．９≦４．２

【児童指導員等加配（児童指導員等を配置する場合）】

人員配置基準（営業時間中に児童指導員又は保育士（機能訓練担当職員や看護職員を配置する場合は半数以上が児童指導員又は保育士である必要がある）が２名以上で、かつ内１名以上が常勤）を満たした上で、基準人員に加え、児童指導員、手話通訳士、手話通訳者、強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）を修了した指導員が常勤換算で１以上配置されている。

※この例の場合、１＋α（基準）＋１（加配）＝２．９人以上が必要
２．９≦４．２

基準人員がC＋F＋G＝　２．１　だとすると、
D＋E＋H＋I＝２．１　≧　１　なので満たす。

※経過措置により、障害福祉サービス経験者を配置する事業所において算定する場合は、基準人員と加配職員の総数のうち、児童指導員等又は保育士を２名以上配置（常勤換算による算定）している必要がある。

・児童指導員等加配加算の理学療法士等を配置する場合を算定する場合

上記を参考に届出書を記入してくださ

【児童指導員等加配（理学療法士等を配置する場合）】

人員配置基準（営業時間中に児童指導員又は保育士（機能訓練担当職員や看護職員を配置する場合は半数以上が児童指導員又は保育士である必要がある）が２名以上で、かつ内１名以上が常勤）を満たした上で、
基準人員に加え、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、保育士、心理療法の技術を有する従業者又は視覚障害者の生活訓練の養成を行う研修を終了した従業者が常勤換算で１以上配置されている。

※この例の場合、１＋α（基準）＋１（加配）＝２．９人以上が必要
２．９≦４．２

基準人員がC＋D＋E＝　２．１　だとすると、
F＋G＋H＋I＝２．１　≧　１　なので満たす。

※経過措置により、障害福祉サービス経験者を配置する事業所において算定する場合は、基準人員と加配職員の総数のうち、児童指導員等又は保育士を２名以上配置（常勤換算による算定）している必要が

	単位①	単位②
基準人数Ａ	１．９人	１＋αA
従業者の総数Ｂ（常勤換算）	４．２人	従業者の常勤換算後の足し上げた人数（≧３＋αA）
うち理学療法士等の員数（常勤換算）	２．１人	人
うち保育士の員数（常勤換算）	０。６人	人
うち5年以上保育士の員数（常勤換算）	０人	人
うち児童指導員等の員数（常勤換算）	２．１人	人
うち5年以上児童指導員の員数（常勤換算）	０人	人
うちその他の従業者の員数（常勤換算）	０人	人
加配人数（B－A）	２．３人	（B－A）≧１
児童指導員等加配加算算定対象者	(ア) 理学療法士等 イ 児童指導員等 ウ その他の従業者	ア 理学療法士等 イ 児童指導員等 ウ その他の従業者
専門的支援加算算定対象者 （注）イ、ウは、児童発達支援の場合のみ選択可能。	(ア) 理学療法士等（保育士を除く。） イ 5年以上保育士 ウ 5年以上児童指導員	ア 理学療法士等（保育士を除く。） イ 5年以上保育士 ウ 5年以上児童指導員

【専門的支援加算（理学療法士等を配置する場合）】

人員配置基準（営業時間中に児童指導員又は保育士（機能訓練担当職員や看護職員を配置する場合は半数以上が児童指導員又は保育士である必要がある）が２名以上で、かつ内１名以上が常勤）を満たした上で、
児童指導員等加配加算を算定している場合は、基準人員と児童指導員等加配加算の加配人員に加え、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、心理療法の技術を有する従業者又は視覚障害者の生活訓練の養成を行う研修を終了した従業者（児童発達支援の場合は、児童指導員または保育士の資格を得てから５年以上児童福祉事業に従事した経験を有する児童指導員または保育士を含む）が常勤換算で１以上加配されている。

※この例の場合、１＋α（基準）＋１（加配）＋１（専門的支援加算の加配）＝３．９人以上が必要
→３．９≦４．２

基準人員と児童指導員等加配加算の加配人員の合計がC＋D＋E＋F＋G＝　３．２　だとすると、
H＋I＝１．０　≧　１　なので満たす。

※加算の申請には資格を確認できるもの（資格証、実務経験証明書等）が必要です。

記入例

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

| サービス種類 | | | 放課後等デイサービス | | |

令和4年 2月　　日

看護職員加配加算に関する届出書

事業所･施設の名称	東 京 障 害 児 発 達 支 援 事 業 所
サービスの種別	①　児童発達支援　　②　放課後等デイサービス　　③　①･②の多機能
1　異動区分	①　新規　　②　変更　　③　終了

2　看護職員の状況

		単位①	単位②
基準人数 A		人	人
医療的ケア区分に伴う基本報酬を算定する上で配置する看護職員の人数 B		人	人
看護職員の総数 C（常勤換算）		人	人
	うち保健師の員数（常勤換算）		人
	うち助産師の員数（常勤換算）		人
	うち看護師の員数（常勤換算）	人	人
	うち准看護師の員数（常勤換算）	人	人
加配人数（C－B－A）		人	人

次ページをご確認ください。

3　医療的ケア児の医療的ケアスコア

月	①利用した医療的ケア児のスコア（※）	②開所日数	③医療的ケアスコアの合計の点数（①÷②）
4月			
5月			
6月			
7月			
8月			
9月			
10月			
11月			
12月			
1月			
2月			
3月			
合計			

備考1　「サービスの種別」、「異動区分」欄については、該当する番号に〇を付してください。

2　「看護職員の状況」には、サービス毎に単位を分けている場合は、看護職員の数を単位別に記載してください。

3　多機能型（人員配置特例の利用あり）の場合、は、「看護職員の状況」単位①･②欄にそれぞれ児童発達支援と放課後等デイサービスの「基準人員」等をそれぞれ記載してください。

4　「うち保健師の員数（常勤換算）」等には、サービス毎に配置されている看護職員の数を単位別に記載してください。

記入例

| サービス種類 | | | 放課後等デイサービス | | |

（別紙１）

令和4年 2月　　日

特別支援加算体制届出書

施設種別	児童発達支援 保育所等訪問支援 居宅訪問型児童発達支援
施設名	東 京 障 害 児 発 達 支 援 事 業 所
定員	
機能訓練担当職員	理学療法士　　名　　作業療法士　　名 言語聴覚士　　名　　心理指導担当職員　　名 看護職員　　名 視覚障害者の生活訓練を専門とする技術者の養成を行う研修を修了した者 名

定員を入れてください。

該当職員の員数を入れてください。

氏名		年齢	利用開始日	備考
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

指定時は空欄でお願いします。

注１　算定する児童に係る特別支援計画書を添付すること。

注２　特別支援加算を算定する場合に作成し、都道府県知事に届け出ること。

注３　ア　児童発達支援給付費において、児童発達支援センターにおいて難聴児に対し指定児童発達支援を行う場合にあっては言語聴覚士を除き、児童発達支援センター又は児童発達支援センター以外の施設において重症心身障害児に対し指定児童発達支援を行う場合にあっては理学療法士、作業療法士、言語聴覚士及び看護職員を除く。

イ　医療型児童発達支援給付費において、重症心身障害児又は肢体不自由児に対し指定医療型児童 発達支援を行う場合にあっては理学療法士及び作業療法士を除く。

令和4年 2月　　日

強度行動障害児特別支援加算届出書

事業所・施設の名称	東 京 障 害 児 発 達 支 援 事 業 所
サービスの種別	①　児童発達支援　②　放課後等デイサービス　③　①・②の多機能
1　異動区分	①（新規）　②　終了
2　配置人数	強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）修了者　配置 （重度訪問介護従業者養成研修行動障害支援課程修了者又は行動援護従業者養成研修修了者を配置した場合を含む） 人

備考　「異動区分」欄については、該当する番号に〇を付してください。

該当職員の人数を入れてください。

（参考様式）

令和4年 2月　　日

強度行動障害児支援加算の対象となる障害児

施設種別	児童発達支援 保育所等訪問支援 居宅訪問型児童発達支援
施設名	東 京 障 害 児 発 達 支 援 事 業 所
定員	

定員を入れてください。

	氏名	年齢	利用開始日	備考
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

指定時は空欄でお願いします。

注　強度行動障害児支援加算を算定する場合に作成し、都道府県知事に届け出ること。

（別紙２）

令和4年 2月　　日

延長支援加算体制届出書

施設種別	児童発達支援 保育所等訪問支援 居宅訪問型児童発達支援
施設名	東 京 障 害 児 発 達 支 援 事 業 所
定員	
運営規程上の営業時間	

定員を入れてください。

営業時間が8時間以上に該当する部分のみ記載してください。

	氏名	年齢	利用時間	備考
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

指定時は空欄でお願いします。

※　運営規程の営業時間を超えて支援を行うものとして、加算を算定する場合に届け出ること。

※　延長支援加算を算定する障害者又は障害児に係る生活介護計画書又は児童発達支援計画書を添付すること。

令和4年 2月　　日

送迎加算に関する届出書（重症心身障害児）

事業所・施設の名称	東 京 障 害 児 発 達 支 援 事 業 所			
1　異動区分	①（新規）　② 変更　③ 終了			
2　送迎の体制 （運転手以外）		氏名	職種	喀痰吸引等の 実施可否
	1			
	2			
	3			
	計	人		

該当職員の氏名等を入れてください。

備考　1 「異動区分」欄については、該当する番号に〇を付してください。

2　重症心身障害児に対して支援を提供する児童発達支援センター、児童発達支援事業所、医療型児童発達支援センター、放課後等デイサービス事業所において作成すること。

3 「喀痰吸引等の実施可否」については、送迎同乗者が実施可能な医療的ケアについて記載すること。

令和4年 2月　　日

送迎加算に関する届出書（重症心身障害児以外・医療的ケア）

事業所・施設の名称	東 京 障 害 児 発 達 支 援 事 業 所			
1　異動区分	①（新規）　② 変更　③ 終了			
2　送迎の体制 （運転手以外）		氏名	職種	喀痰吸引等の 実施可否
	1			
	2			
	3			
	計	人		

該当職員の氏名等を入れてください。

備考　1「異動区分」欄については、該当する番号に〇を付してください。

2　重症心身障害以外を対象とする児童発達支援事業所（センターを除く）又は放課後等デイサービス事業所で**医療的ケア区分に応じた基本報酬**を算定している事業所であって、看護職員を伴い、喀痰吸引等が必要な障害児に対して送迎を行う場合において作成すること。

3「喀痰吸引等の実施可否」については、送迎同乗者が実施可能な医療的ケアについて記載すること。

令和4年 2月　　日

訪問支援員特別加算体制届出書

事業所・施設の名称	東京障害児発達支援事業所			
異動区分	①（新規）　② 変更　③ 終了			
○訪問支援員の配置状況				
氏名		職種（資格）	資格取得日	障害児支援経験年数
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

該当職員の氏名等を入れてください。

備考　1　事業所に配置されている訪問支援員について記載すること。

2　障害児支援経験年数には、資格取得後の障害児支援事業所等又は任用資格取得後に初めて障害児支援事業所等に採用されてからの実務経験年数を記載すること。

3　訪問支援員の資格証及び実務経験証明書を添付すること。