付表12　就労継続支援事業の指定に係る記載事項

※1　多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表13を併せて提出してください。
※2　従たる事業所のある場合は、付表11－2を併せて提出してください。

記入例

（　就労継続支援（A型）　就労継続支援（B型）　）
※いずれかに○を付してください。

受付番号	

施設	フリガナ	ワークセンターニイガタ			
	名　称	ワークセンターにいがた			
	所在地	（郵便番号　950　－　0000　） 新潟県新潟市中央区新光町○○－○○			
	連絡先	電話番号	025-285-0000	FAX番号	025-285-0000
管理者	フリガナ	ニイガタ　タロウ	住　所	（郵便番号　950　－　0000　） 新潟県新潟市西区△△1-1-1	
	氏　名	新潟　太郎			
	当該就労継続支援事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）			生活支援員	
	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			
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等				第１条 第２項 第２号	
サービス管理責任者	フリガナ	ｴﾁｺﾞ　ｲﾁｺ	住　所	（郵便番号　950　－　0000　） 新潟県新潟市江南区○○4-2-1	
	氏　名	越後　一子			

従業者の職種・員数		管理者		サービス管理責任者		職業指導員		生活支援員	
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
従業者数	常勤（人）	1		1		1		1	
	非常勤（人）					1		1	
常勤換算後の人数（人）		1.0		1.0		1.5		1.5	
基準上の必要人数（人）									

		その他の従業者	
		専従	※兼務
従業者数	常勤（人）	1	
	非常勤（人）		
常勤換算後の人数（人）		1.0	
基準上の必要人数（人）			

「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」及び運営規程と内容を一致させること。

前年度の平均利用者数（人）	18.0
主な掲示事項	
利用定員	20　人
基準上の必要定員	人

新設・定員変更の場合は、利用定員の90%とすること。（小数第1位まで記入）

主たる対象者	特定無し	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	難病等対象者			
	○					

運営規程の内容と一致させること。

利用料	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第29条第3項に規定する厚生労働大臣が定める費用の額			
その他の費用	食事の提供に要する費用：450円（うち食材料費300円）、その他日常生活費：実費			
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）	025-285-0000	担当者　越後　一子
	その他			
協力医療機関	名　称	にいがた医院	主な診療科名	内科・外科
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、利用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、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）			

具体的に記載

（備考）
1. 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「基準上の必要定員」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. 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
6. 「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。