

受付番号	
------	--

特定障害福祉サービス事業所 変更指定申請書  
 指定障害者支援施設

年 月 日

(あて先) 宇都宮市長

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

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規定する特定障害福祉サービス事業所（指定就労継続支援事業所・生活介護事業所）、指定障害者支援施設に係る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						
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 — ) 県 郡市					
	法人である場合その種別			法人所轄庁			
	連絡先	電話番号			FAX番号		
	代表者の職・氏名	職名			フリガナ氏名		
代表者の住所	(郵便番号 — ) 県 郡市						
変更指定を受けようとする事業所・施設の種別	フリガナ						
	名称						
	事業所(施設)の所在地	(郵便番号 — ) 宇都宮市					
	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定申請をする事業等の事業開始予定年月日	様式	実施事業	他の法律において既に指定を受けている事業等の指定年月日	備考
	特定障害福祉サービス事業所						
	指定障害者支援施設						
事業所番号	同一の法律において既に指定を受けている場合						

備考

- 「受付番号」「事業所(施設)所在地市町村番号」欄には、記載しないでください。
- 「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」「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。
- 「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。
- 「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、該当する欄には「○」を記載してください。
- 「事業所番号」欄には、宇都宮市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 生活介護事業所の指定に係る記載事項

※1 従たる事業所のある場合は、付表1-2を併せて提出してください。  
 ※2 多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表4を併せて提出してください。

受付番号

施設	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 - ) 宇都宮市										
連絡先	電話番号				FAX番号							
	フリガナ											
管理者	フリガナ											
	氏名	住所	(郵便番号 - ) 県 郡市									
	当該生活介護事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)											
当該事業の実施について定めてある条例等	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										
サービス	フリガナ											
管理責任者	フリガナ											
	氏名	住所	(郵便番号 - )									
従業者の職種・員数	従業者数	医師	サービス管理責任者	看護職員	理学療法士	作業療法士						
		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	機能訓練指導員	生活支援員	精神保健福祉士	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)										
		非常勤(人)										
		常勤換算後の人数(人)										
前年度の平均実利用者数(人)	事業所が申告する障害程度区分の平均値											
	サービス単位	4	未	満	4	以上	5	未	満	5	以	上
	サービス単位1											
	サービス単位2											
営業日	単位ごとの営業日											
	営業時間	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く。)(① : ~ : ② : ~ : )										
主な対象者	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								
利用定員	人(単位ごとの定員)(① ② )											
	基準上の必要定員 人											
	多機能型実施の有無 有 無											
	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										
一体的に管理運営を行う他の事業所												
添付書類	別添のとおり(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、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)											

備考

- 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要定員」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業に記載した書類を添付してください。
- 「看護職員」とは、保健師、看護師、准看護師のことをいいます。
- 新設の場合には、「前年度の平均実利用者数」欄は推定数を記入してください。
- 「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。
- 「※兼務」欄には、施設入所支援事業以外の兼務を行う職員について記載してください。
- 「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。

付表1-2 一体的に実施する従たる事業所の指定に係る記載事項

※多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表4を併せて提出してください。

受付番号

施設名	フリガナ											
	所在地	(郵便番号 - ) 宇都宮市										
	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条例等											第 条第 項第 号	
サービス管理責任者	フリガナ					住所	(郵便番号 - )					
	氏名											
従業者の職種・員数	従業者数	医師	サービス管理責任者	看護職員	理学療法士	作業療法士						
		専従※兼務	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)											
	基準上の必要人数(人)											
	機能訓練指導員	生活支援員	精神保健福祉士	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)												
前年度の平均実利用者数(人)	事業所が申告する障害程度区分の平均値											
	サービス単位	4 未 満		4 以上 5 未 満		5 以 上						
	サービス単位1											
	サービス単位2											
サービス単位3												
主な掲示事項	営業日	単位ごとの営業日										
	営業時間	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く。)(① : ~ : ② : ~ : )										
	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								
	利用定員	人(単位ごとの定員) (① ② )										
	基準上の必要定員	人										
	多機能型実施の有無	有 ・ 無										
	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						
協力医療機関	名称					主な診療科名						
一体的に管理運営を行う他の事業所												
添付書類	別添のとおり(登記簿事項証明書又は条例等、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)											

備考

- 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要定員」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。
- 「看護職員」とは、保健師、看護師、准看護師のことをいいます。
- 新設の場合には、「前年度の平均実利用者数」欄は推定数を記入してください。
- 「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。
- 「※兼務」欄には、施設入所支援事業以外の兼務を行う職員について記載してください。
- 「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。

付表2 (その1) 障害者支援施設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 - ) 宇都宮市											
管理者	フリガナ												
	氏名	住所	(郵便番号 - ) 県 郡市										
昼間実施サービスの定員(人)	合計	介護給付対象者	訓練等給付対象者	特定旧法受給者	定員緩和措置の有無	有・無							
施設入所支援の定員(人)					他の社会福祉施設との併設の有無	有・無							
併設施設の定員(人)					併設施設の種別								
従業者の職種・員数	サービス管理責任者	医師	看護職員										
		合計	保健師	看護師	准看護師								
		専従	※兼務	専従	※兼務	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)											
	理学療法士等	合計	生活支援員										
		合計	理学療法士	作業療法士	機能訓練指導員	合計	通所訪問						
		専従	※兼務	専従	※兼務	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)													
職業指導員	就業支援員	栄養士	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	
	従業者数	常勤(人)											
	非常勤(人)												
	常勤換算後の人数(人)												
主な揭示事項	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										
	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							
協力歯科医療機関	名称												
添付書類	別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、建物の構造概要及び平面図、経歴書、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、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

- 「受付番号」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。
- 昼間に複数の施設障害福祉サービスを実施する場合、「昼間実施サービスの定員」欄には、給付の種類ごとに定員の合計数を記載してください。
- 施設入所支援に複数のサービス単位を設ける場合、「施設入所支援の定員」欄には、定員の合計数を記載してください。
- 「定員緩和措置の有無」欄は、宇都宮市障害者支援施設の設備及び運営に関する基準を定める条例(平成25年宇都宮市条例第12号)第9条第2項に基づく利用定員緩和措置の適用の有無について記載してください。
- 「従業者の職種・員数」欄には、職種ごとに、昼間実施サービスの従事者(付表8(その3)のI及びII欄に記載した職員)の合計数を記載してください。
- 「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。

付表2 (その2) 昼間実施サービス及び施設入所支援に係る記載事項

受付番号	
------	--

施設名											
昼間実施サービスの種類	生活介護サービス単位	有	無	自立訓練 (機能訓練)	自立訓練 (生活訓練)	就労移行支援 (通常)	就労移行支援 (あはき)	就労継続支援 (A型)	就労移行支援 (B型)		
		実施する事業									
	前年度の平均実利用者数(人)										
	昼間多機能の実施		有	無	昼間の総定員数(人)						
生活介護を行う場合のみ	施設が申告する障害程度区分の平均値										
	サービス単位	4	未	満	4	以上	5	未	満	5	以上
	前年度の平均実利用者数(人)	サービス単位1									
		サービス単位2									
サービス単位3											
施設入所支援	前年度の平均実利用者数(人)	サービス単位1									
		サービス単位2									
		サービス単位3									
設備基準上の数値記載項目等	居室	1室の最大定員		人	基準上の必要値		人以下				
		入所者1人あたりの最小床面積		m <sup>2</sup>			m <sup>2</sup>				
	廊下	廊下の幅		m			m				
		中廊下の幅		m			m				
既存施設からの移行の場合	既存施設名										
	施設種別										
	経過措置		有		無						
	特定旧法受給者数(人)										
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			
短期入所の実施		有		無							
主な揭示事項	営業日										
	営業時間										
	利用料										
	その他の費用										
	通常の事業の実施地域										
その他											

備考

- 「受付番号」「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。
- 「昼間実施サービスの種類」欄は、実施するサービスについて、該当欄に○を記入してください。
- 新設の場合には、「前年度の平均実利用者数」欄は推定数を記入してください。
- 既存の障害者施設からの移行の場合で、宇都宮市障害者支援施設の設備及び運営に関する基準を定める条例(平成25年宇都宮市条例第12号)附則第2項から第4項の規定の適用を受ける場合には、「経過措置」欄の「有」に○をつけてください。
- 「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。
- 「通常の事業の実施地域」欄については、市町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。

付表2 (その3) 従業者の職種・員数に係る記載事項

\_\_\_\_ 枚中 \_\_\_\_ 枚目

受付番号	
------	--

施設名															
施設障害福祉サービスの種類		従業者の職種・員数													
I 生活介護（サービス単位__） 自立訓練（機能訓練） 自立訓練（生活訓練）	サービス管理責任者	医師		看護職員											
		合計		保健師		看護師		准看護師							
	従業者数	専従	※兼務	専従	※兼務	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）														
	基準上の必要人数（人）														
		理学療法士等										生活支援員		その他の従業者	
		合計		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員							
	従業者数	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
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）															
II 就労移行支援 就労継続支援	サービス管理責任者	職業指導員		就労支援員											
		合計													
	従業者数	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）														
	基準上の必要人数（人）														
		生活支援員										その他の従業者			
		合計		通所訪問											
	従業者数	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
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）															
III 施設入所支援 （サービス単位__）	サービス管理責任者	生活支援員		栄養士		その他の従業者									
		合計													
	従業者数	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
		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

- 「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。
- 当該施設が実施する障害福祉サービスごと（生活介護及び施設入所支援はサービス単位ごと）に、従事する職員数を記載し、I～III欄は、それぞれ実施する障害福祉サービス名に○をつけてください。
- 複数のサービス単位を設ける場合など、記入欄が不足する場合には、複数枚に分けて記載してください。
- 「※兼務」欄には、2以上の障害福祉サービス等を兼務する職員について記載してください。

付表3 就労継続支援事業所の指定に係る記載事項

※1 従たる事業所のある場合は、付表3-2を併せて提出してください。  
 ※2 多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表4を併せて提出してください。

受付番号	
------	--

施設	フリガナ														
	名称														
	所在地	(郵便番号 - ) 宇都宮市													
	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										
	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 ※「定款」は、A型のみ															
第 条第 項第 号															
サービス 管理責任者	フリガナ				住所	(郵便番号 - )									
	氏名				住所										
従業者の 職種・員数	管理 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)												
	その他の従業者		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)													
前年度の平均利用者数(人)															
主な 揭示 事項	利用定員	人													
	基準上の必要定員	人													
	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										
	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										
多機能型実施の有無	有 ・ 無														
一体的に管理運営を行う他の事業所															
添付書類	別添のとおり(※定款、寄附行為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、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) ※「定款。寄附行為」は、A型のみ														

備考

- 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要定員」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。
- 「※兼務」欄には、短期入所事業以外との兼務を行う職員について記載してください。
- 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。
- 「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。



付表3-2 一体的に実施する従たる事業所の指定に係る記載事項

※多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表4を併せて提出してください。

受付番号	
------	--

施設名	フリガナ										
	名称										
所在地	(郵便番号)										
		宇都宮市									
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 ※「定款」は、A型のみ		第 条第 項第 号									
従業者の職種・員数	従業者数	常勤(人)	管理者		サービス管理責任者		職業指導員		生活支援員		
		非常勤(人)	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	
	常勤換算後の人数(人)										
	基準上の必要人数(人)										
	従業者数	常勤(人)	就労支援員		その他の従業者						
		非常勤(人)	専従	※兼務	専従	※兼務					
	常勤換算後の人数(人)										
	基準上の必要人数(人)										
	前年度の平均利用者数(人)										
	主な揭示事項	利用定員	人								
基準上の必要定員		人									
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						
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									
協力医療機関	名称					窓口(連絡先)			担当者		
	多機能型実施の有無	有 ・ 無									
一体的に管理運営を行う他の事業所											
添付書類	別添のとおり(※定款、寄附行為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、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)※「定款、寄附行為」は、A型のみ										

備考

- 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要定員」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。
- 「※兼務」欄には、短期入所事業以外との兼務を行う職員について記載してください。
- 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。
- 「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。

付表4 指定障害福祉サービス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 - ) 宇都宮市										
	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 - ) 宇都宮市										
	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 - ) 宇都宮市										
	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 - ) 宇都宮市										
	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 - ) 宇都宮市										
	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											
	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	特定無し	身体障害者						知的障害者	精神障害者	難病等対象者		
	細分無し	肢体不自由	視覚障害	聴覚・言語	内部障害							
生活介護を行う場合のみ	前年度の平均実利用者数(人)	事業所が申告する障害程度区分の平均値										
		サービス単位	4	未	満	4	以上	5	未	満	5	以上
		サービス単位1										
		サービス単位2										
実施事業	主たる事業所 従たる事業所	生活介護	自立訓練 (機能訓練)		自立訓練 (生活訓練)	就労移行支援 (通常)	就労移行支援 (あはき)	就労継続支援 (A型)	就労継続支援 (B型)			
		サービス単位	有	無								
定員緩和措置の有無		有 ・ 無										
定員(人)	合計	生活介護	※自立訓練 (機能訓練)	自立訓練 (生活訓練)	就労移行支援 (通常)	就労移行支援 (あはき)	就労継続支援 (A型)	就労継続支援 (B型)				
合計												
主たる事業所												
従たる事業所												

付表4 指定障害福祉サービス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2)

受付番号

			従業者の職種・員数											
			サービス管理責任者		医師		看護職員						生活支援員	
			専従	※兼務	専従	※兼務	合計		保健師		看護師		准看護師	
			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)												
事業所1	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)												
その他の事業所	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)												
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)												
事業所1	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)												
その他の事業所	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)												
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)												
事業所1	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)												
その他の事業所	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

- 「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。
- 「定員緩和措置の有無」欄には、宇都宮市障害福祉サービス事業の設備及び運営に関する基準を定める条例(平成25年宇都宮市条例第10号)第88条に基づく利用定員緩和措置の適用の有無について記載してください。
- 生活介護にサービス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。
- 新設の場合には、「前年度の平均実利用者数」欄は推定数を記入してください。
- 「※兼務」欄には、本体施設との兼務を行う職員について記載してください。