

記入例

指定障害福祉サービス事業所/指定障害者支援施設  
指定障害児通所支援事業所/指定障害児入所施設  
指定特定相談支援事業所/指定一般相談支援事業所/指定障害児相談支援事業所  
指定 申請書

令和8 年 4 月 1 日

宇都宮 市長 殿

所在地 栃木県宇都宮市旭1丁目1番5号  
申請者 名称 株式会社 ミヤリーサポート とちぎ  
代表者 代表取締役 宇都宮 千尋

表題の事業所・施設に係る指定/指定の更新/指定の変更を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

		法人番号(13桁)												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3
申請者 (設置者)	フリガナ	カブシキガイシャ ミヤリーサポート トチギ												
	名称	株式会社 ミヤリーサポート とちぎ												
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 320 - 8540 ) 栃木 県 宇都宮市旭1丁目1番5号												
	連絡先	電話番号	028-632-9999 (内線)5555											
		E-mailアドレス	miyary_tochigi@city.utsunomiya.tochigi.jp											
	法人等の種類	株式会社												
代表者の職名・氏名・生年月日	職名	代表取締役		フリガナ	カタミヤ 千尋	生年月日	平成2年1月23日							
	氏名	宇都宮 千尋												
代表者の住所	(郵便番号 320 - 0817 ) 栃木 県 宇都宮市本丸町1番地15													
指定を受けようとする事業所・施設の種類	フリガナ	シュウロウシエンミヤリー												
	名称	就労支援ミヤリー												
	事業所(施設)の所在地	(郵便番号 320 - 8540 ) 栃木 県 宇都宮市旭1丁目1番5号 宇都宮旭ビル3F												
	多機能型事業所に係る指定の申請の場合は○		○											
	同一所在地において行う事業等の種類		共生型サービスの指定を申請するものに○	今回の指定(更新・変更)申請をする対象事業等に○	既に指定を受けている事業に○	事業の開始予定年月日	本申請書に添付して提出する様式(付表)							
	指定障害福祉サービス事業所	居宅介護	○		○		令和8年6月1日						付表1	
		重度訪問介護	○		○								付表1	
		同行援護	○		○								付表1	
		行動援護	○		○								付表1	
		療養介護	○		○								付表2	
		生活介護	○		○		令和8年6月1日						付表3	
		短期入所	○		○								付表4	
		重度障害者等包括支援	○		○								付表5	
		自立訓練(機能訓練)	○		○								付表6	
		自立訓練(生活訓練)	○		○								付表6	
就労選択支援		○		○								付表7		
就労移行支援		○		○								付表8		
就労継続支援A型		○		○								付表9		
就労継続支援B型	○		○								付表10			
就労定着支援	○		○								付表10			
自立生活援助	○		○								付表11			
共同生活援助	○		○								付表12			
指定障害者支援施設(施設入所支援)	○		○								付表13			
指定一般相談支援事業所	地域移行支援	○		○								付表14		
	地域定着支援	○		○								付表14		
指定特定相談支援事業所	○		○								付表15			
指定障害児通所支援事業所	児童発達支援	○		○								付表16		
	放課後等デイサービス	○		○								付表16		
	居宅訪問型児童発達支援	○		○								付表17		
	保育所等訪問支援	○		○								付表18		
指定障害児入所施設	○		○								付表19/20			
指定障害児相談支援事業所	○		○								付表15			
【既に指定を受けている場合】事業所番号														

記入例

指定障害福祉サービス事業所/指定障害者支援施設  
指定障害児通所支援事業所/指定障害児入所施設  
指定特定相談支援事業所/指定一般相談支援事業所/指定障害児相談支援事業所  
指定変更 申請書

令和8 年 4 月 1 日

宇都宮 市長 殿

所在地 栃木県宇都宮市旭1丁目1番5号  
申請者 名称 株式会社 ミヤリーサポート とちぎ  
代表者 代表取締役 宇都宮 千尋

表題の事業所・施設に係る指定/指定の更新/指定の変更を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

		法人番号(13桁)												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3
申請者 (設置者)	フリガナ	カブシキガイシャ ミヤリーサポート トチギ												
	名称	株式会社 ミヤリーサポート とちぎ												
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 320 - 8540 ) 栃木 県 宇都宮市旭1丁目1番5号												
	連絡先	電話番号	028-632-9999 (内線)5555											
		E-mailアドレス	miyary_tochigi@city.utsunomiya.tochigi.jp											
	法人等の種類	株式会社												
代表者の職名・氏名・生年月日	職名	代表取締役		フリガナ	カタミヤ 千尋	生年月日	平成2年1月23日							
	氏名			氏名	宇都宮 千尋									
代表者の住所	(郵便番号 320 - 0817 ) 栃木 県 宇都宮市本丸町1番地15													
指定を受けようとする事業所・施設の種類	フリガナ	シュウロウシエンミヤリー												
	名称	就労支援ミヤリー												
	事業所(施設)の所在地	(郵便番号 320 - 8540 ) 栃木 県 宇都宮市旭1丁目1番5号 宇都宮旭ビル3F												
	多機能型事業所に係る指定の申請の場合は○													
	同一所在地において行う事業等の種類		共生型サービスの指定を申請するものに○	今回の指定(更新・変更)申請をする対象事業等に○	既に指定を受けている事業に○	事業の開始予定年月日	本申請書に添付して提出する様式(付表)							
	指定障害福祉サービス事業所	居宅介護											付表1	
		重度訪問介護	共生型サービスの指定を申請する場合は○ 通常は空欄になります。										付表1	
		同行援護	同一所在地において既に指定を受けている事業がある場合は○										付表1	
		行動援護											付表1	
		療養介護											付表2	
		生活介護											付表3	
		短期入所											付表4	
		重度障害者等包括支援											付表5	
		自立訓練(機能訓練)											付表6	
		自立訓練(生活訓練)											付表6	
就労選択支援												付表7		
就労移行支援												付表8		
就労継続支援A型												付表9		
就労継続支援B型		○										令和7年6月1日 付表10		
就労定着支援											付表10			
自立生活援助											付表11			
共同生活援助											付表12			
指定障害者支援施設(施設入所支援)											付表13			
指定一般相談支援事業所	地域移行支援											付表14		
	地域定着支援											付表14		
指定特定相談支援事業所											付表15			
指定障害児通所支援事業所	児童発達支援											付表16		
	放課後等デイサービス											付表16		
	居宅訪問型児童発達支援											付表17		
	保育所等訪問支援											付表18		
指定障害児入所施設											付表19/20			
指定障害児相談支援事業所											付表15			
【既に指定を受けている場合】事業所番号														

記入例

指定障害福祉サービス事業所/指定障害者支援施設  
 指定障害児通所支援事業所/指定障害児入所施設  
 指定特定相談支援事業所/指定一般相談支援事業所/指定障害児相談支援事業所  
 指定更新 申請書

令和8 年 4 月 1 日

宇都宮 市長 殿

所在地 栃木県宇都宮市旭1丁目1番5号  
 申請者 名称 株式会社 ミヤリーサポート とちぎ  
 代表者 代表取締役 宇都宮 千尋

表題の事業所・施設に係る指定/指定の更新/指定の変更を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

		法人番号(13桁)												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3
申請者 (設置者)	フリガナ	カブシキガイシャ ミヤリーサポート トチギ												
	名称	株式会社 ミヤリーサポート とちぎ												
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 320 - 8540 ) 栃木 県 宇都宮市旭1丁目1番5号												
	連絡先	電話番号	028-632-9999											(内線)5555
		E-mailアドレス	miyary_tochigi@city.utsunomiya.tochigi.jp											
	法人等の種類	株式会社												
代表者の職名・氏名・生年月日	職名	代表取締役		フリガナ	カタミヤ 千尋	生年月日	平成2年1月23日							
	氏名			氏名	宇都宮 千尋									
代表者の住所	(郵便番号 320 - 0817 ) 栃木 県 宇都宮市本丸町1番地15													
指定を受けようとする事業所・施設の種類	フリガナ	シュウロウシエンミヤリー												
	名称	就労支援ミヤリー												
	事業所(施設)の所在地	(郵便番号 320 - 8540 ) 栃木 県 宇都宮市旭1丁目1番5号 宇都宮旭ビル3F												
	多機能型事業所に係る指定の申請の場合は○		○											多機能型事業所に係る指定の申請の場合は○
	同一所在地において行う事業等の種類		共生型サービスの指定を申請するものに○	今回の指定(更新・変更)申請をする対象事業等に○		既に指定を受けている事業に○		事業の開始予定年月日	本申請書に添付して提出する様式(付表)					
	指定障害福祉サービス事業所	居宅介護							付表1					
		重度訪問介護							付表1					
		同行援護							付表1					
		行動援護							付表1					
		療養介護							付表2					
		生活介護			○				令和7年6月1日 付表3					
		短期入所							付表4					
		重度障害者等包括支援							指定更新の場合は、現に受けている指定の「有効期間満了日」を記載してください。					
		自立訓練(機能訓練)							付表6					
		自立訓練(生活訓練)							付表6					
就労選択支援								付表7						
就労移行支援								付表8						
就労継続支援A型								付表9						
就労継続支援B型						○		付表10						
就労定着支援							付表10							
自立生活援助							付表11							
共同生活援助							付表12							
指定障害者支援施設(施設入所支援)							付表13							
指定一般相談支援事業所	地域移行支援							付表14						
	地域定着支援							付表14						
指定特定相談支援事業所							付表15							
指定障害児通所支援事業所	児童発達支援							付表16						
	放課後等デイサービス							付表16						
	居宅訪問型児童発達支援							付表17						
	保育所等訪問支援							付表18						
指定障害児入所施設							付表19/20							
指定障害児相談支援事業所							付表15							
【既に指定を受けている場合】事業所番号														

事業所	フリガナ	キョタクカイゴミヤリー						
	名称	居宅介護ミヤリー						
	所在地	(郵便番号 320 - 1234 ) 栃木 県 〇〇〇 市 〇〇〇-××× 〇〇ビル2F 202号室						
	電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇						
E-Mail	〇〇〇〇@miyary.com							
事業所以外の事務所	フリガナ	キョタクカイゴミヤリー						
	名称	居宅介護ミヤリー						
	所在地	(郵便番号 320 - 1234 ) 栃木 県 〇〇〇 市 〇〇〇-××× 〇〇ビル1F 102号室						
	電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇						
E-Mail	〇〇〇〇@miyary.com							
管理者	フリガナ	ウツノミヤ チヒロ		生年月日	1980 年 4 月 1 日			
	氏名	宇都宮 千尋						
	住所	(郵便番号 320 - 1234 ) 栃木 県 〇〇〇 市 〇〇〇-××× コーポ〇〇102						
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)							
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		←この欄は、管理者が他の事業所又は施設の従業者との兼務をする場合に記入				
		兼務する職種及び勤務時間等						
サービス提供者	フリガナ	カワチ マサミ				生年月日	1980 年 4 月 1 日	
	氏名	河内 正美						
住所	(郵便番号 320 - 5678 ) 栃木 県 〇〇〇 市 〇〇〇-××× メゾン〇〇301							
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	
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項								
営業日(該当する日に○)	日	月	火	水	木	金	土	祝
	その他(年末年始等)			12/30~1/3を除く。				
営業時間	平日	9 : 00			~			18 : 00
	土曜	:			~			:
	日・祝	:			~			:
サービス内容	身体介護		○	身体介護(通院介助)		○		
	家事援助		○	家事援助(通院介助)		○		
	乗降介助							
利用料	厚生労働大臣の定める額							
その他の費用	運営規程に定めるとおり							
通常の事業の実施地域	宇都宮市内全域							

(備考)

1. 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。
2. 「その他の費用」欄には、利用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も記載してください。

付表2 療養介護事業所の指定等に係る記載事項

記入例

事業所	フリガナ	ウツノミヤキタビョウイン						
	名称	宇都宮北病院						
	所在地	(郵便番号 320 - 1234 ) 栃木 県 〇〇〇 市 〇〇〇-×××						
	連絡先	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇						
E-Mail	〇〇〇〇@miyary.com							
管理者	フリガナ	ウツノミヤ チヒロ		生年月日	1980 年 4 月 1 日			
	氏名	宇都宮 千尋						
	住所	(郵便番号 320 - 1234 ) 栃木 県 〇〇〇 市 〇〇〇-××× コーポ〇〇102						
		当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)				サービス管理責任者		
	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		とちぎ園				
		兼務する職種及び勤務時間等		管理者 8:00~17:30				
サービス管理責任者	フリガナ	カワチ マサミ		生年月日	1970 年 1 月 23 日			
	氏名	河内 正美						
	住所	(郵便番号 320 - 1234 ) 栃木 県 〇〇〇 市 〇〇〇-×××						
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								
更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入								
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項								
利用定員(人)	150			利用者の推定数(人)	100			
営業日(該当する日に○)	日	月	火	水	木	金	土 祝	
		○	○	○	○	○		
	その他(年末年始等)			12/30~1/3を除く。				
営業時間	平日	9 : 00		~		17 : 00		
	土曜	:		~		:		
	日・祝	:		~		:		
利用料	厚生労働大臣の定める額							
その他の費用	運営規程に定めるとおり							
通常の事業の実施地域	〇〇市、〇〇市、〇〇市							
設備	多目的室(デイルーム)の有無(いずれかに○)				有	○	無	

(備考)

1. 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。
2. 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。
3. 「その他の費用」欄には、利用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も記載してください。

付表3 生活介護事業所の指定等に係る記載事項

記入例

事業所	フリガナ	セイカツカイゴミヤリーケア						
	名称	生活介護ミヤリーケア						
	所在地	(郵便番号 320 - 1234 ) 栃木 県 〇〇〇 市 〇〇〇-×××						
	電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇						
E-Mail	〇〇〇〇@miyary.com							
管理者	フリガナ	ウツノミヤ チヒロ		生年月日	1980 年 4 月 1 日			
	氏名	宇都宮 千尋						
	住所	(郵便番号 320 - 1234 ) 栃木 県 〇〇〇 市 〇〇〇-××× コーポ〇〇102						
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)							管理者が事業所内で他の職種と兼務する場合は記入
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	とちまる学園		←この欄は、管理者が他の事業所又は施設の従業者との兼務をする場合に記入				
	兼務する職種及び勤務時間等	施設長		8:00~17:30				
サービス管理者	フリガナ	カワチ マサミ		生年月日	1970 年 1 月 23 日			
	氏名	河内 正美						
住所	(郵便番号 320 - 1234 ) 栃木 県 〇〇〇 市 〇〇〇-×××							
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	
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項								
利用定員(人)	20							
利用者の推定数(人)	事業所が申告する障害支援区分の平均値							
	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	2		5		13		
	サービス単位 2	更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入						
営業日(該当する日に○)	日	月	火	水	木	金	土 祝	
	○		○	○	○	○	○	
その他(年末年始等)			12/30~1/3を除く。					
営業時間	平日	9 : 00		~		17 : 00		
	土曜	9 : 00		~		17 : 00		
	日・祝	:		~		:		
利用料	厚生労働大臣が定める額							
その他の費用	運営規程に定めるとおり							
通常の事業の実施地域	〇〇市、〇〇市、〇〇市							
							主な診療科名1つを記載	
協力医療機関	名称	〇〇病院			診療科名	内科		
○一体的に実施する従たる事業所の指定等に係る記載事項								
事業所	フリガナ	セイカツカイゴトチノキ						
	名称	生活介護とちまる						
	所在地	(郵便番号 320 - ) 栃木 県 〇〇〇 市 〇〇〇-×××						
	電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇						
E-Mail	〇〇〇〇@tochimarunet.jp							
サービス管理者	フリガナ	カワチ マサミ		生年月日	1970 年 1 月 23 日			
	氏名	河内 正美						
住所	(郵便番号 320 - 1234 ) 栃木 県 〇〇〇 市 〇〇〇-×××							
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	

利用定員(人)	6							
利用者の推定数(人)	事業所が申告する障害支援区分の平均値							
	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	0		3		7		
	サービス単位2							
	更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入							
営業日(該当する日に○)	日	月	火	水	木	金	土	祝
		○	○	○	○	○	○	
	その他(年末年始等)			12/30~1/3を除く。				
営業時間	平日	9	:	00	~	17	:	00
	土曜	9	:	00	~	17	:	00
	日・祝		:		~		:	
利用料	厚生労働大臣が定める額							
その他の費用	運営規程に定めるとおり							
通常の事業の実施地域	〇〇市、〇〇市、〇〇市						主な診療科名1つを記載	
協力医療機関	名称	〇〇病院			診療科名	内科		

付表4 短期入所事業所の指定等に係る記載事項

記入例

事業所	フリガナ	タンキニューシヨサツキ						
	名称	短期入所さつき						
	所在地	(郵便番号 320 - 1234 ) 栃木 県 〇〇〇 市 〇〇〇-×××						
	電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇						
E-Mail	〇〇〇〇@miyary.com							
管理者	フリガナ	ウツノミヤ チヒロ		生年月日	1980 年 4 月 1 日			
	氏名	宇都宮 千尋						
	住所	(郵便番号 320 - 1234 ) 栃木 県 〇〇〇 市 〇〇〇-××× コーポ〇〇102						
		当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)						
	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				
				←この欄は、管理者が他の事業所又は施設の従業者との兼務をする場合に記入				
事業所の種別(いずれかに○)及び定員(人)	種別	空床型		本体施設の空床の範囲内				
	○	併設型		3				
		単独型						
本体施設の種別・名称・定員・入所者数	名称	グループホームさつき			定員	20		
	種別	共同生活援助			前年度平均入所者数	12		
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			
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項								
利用者の推定数(人)	2							
営業日(該当する日に○)	日	月	火	水	木	金	土 祝	
		○	○	○	○	○	○	
	その他(年末年始等)			12/30~1/3を除く。				
営業時間	平日	9 : 00		~		17 : 00		
	土曜	9 : 00		~		17 : 00		
	日・祝	:		~		:		
利用料	厚生労働大臣が定める額							
その他の費用	運営規程に定めるとおり							
通常の事業の実施地域	〇〇市、〇〇市、〇〇市							
協力医療機関	名称	〇〇病院			診療科名	内科		

管理者が事業所内で他の職種と兼務する場合は記入

←この欄は、管理者が他の事業所又は施設の従業者との兼務をする場合に記入

更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入

主な診療科名1つを記載



付表6 自立訓練(機能訓練・生活訓練)事業所の指定等に係る記載事項

記入例

サービス種別(申請するものに○)		機能訓練	生活訓練	○	宿泊型自立訓練を実施する場合は○			
事業所	フリガナ 名称	サポートセンターミヤリー サポートセンターみやリー						
	所在地	(郵便番号 320 - 1234 ) 栃木 県 〇〇〇 市 〇〇〇-×××						
	電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇						
	E-Mail	〇〇〇〇@miyary.com						
管理者	フリガナ 氏名	ウツノミヤ チヒロ 宇都宮 千尋	生年月日	1980 年 4 月 1 日				
	住所	(郵便番号 320 - 1234 ) 栃木 県 〇〇〇 市 〇〇〇-×××		コーポ〇〇102				
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)							
	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	とちまる学園	←この欄は、管理者が他の事業所又は施設の従業者との兼務をする場合に記入				
	兼務する職種及び勤務時間等	施設長	8:00~17:30					
サービス責任者	フリガナ 氏名	カワチ マサミ 河内 正美	生年月日	1970 年 1 月 23 日				
	住所	(郵便番号 320 - 1234 ) 栃木 県 〇〇〇 市 〇〇〇-×××						
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			
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項								
訪問事業の実施	有	○	無					
利用定員(人)	20							
利用者の推定数(人)	18							
営業日(該当する日に○)	日	月	火	水	木	金	土	祝
	○			○	○	○	○	○
その他(年末年始等)		12/30~1/3を除く。						
営業時間	平日	9	:	00	~	17	:	00
	土曜	9	:	00	~	17	:	00
	日・祝		:		~		:	
利用料	厚生労働大臣が定める額							
その他の費用	運営規程に定めるとおり							
通常の事業の実施地域	〇〇市、〇〇市、〇〇市				主な診療科名1つを記載			
協力医療機関	名称	〇〇病院		診療科名	内科			

○一体的に実施する従たる事業所の指定等に係る記載事項									
事業所	フリガナ	サツキサポートセンター							
	名称	さつきサポートセンター							
	所在地	(郵便番号 320 - 000) 栃木 県 000							
	電話番号	0000-00-0000							
	E-Mail	0000@miyary.com							
サービス 責任者 管理	フリガナ	ウツノミヤ チヒロ			生年月日	1970 年 1 月 23 日			
	氏名	宇都宮 千尋							
	住所	(郵便番号 320 - 1234 ) 栃木 県 000 市 000-xxx							
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				
訪問事業の実施	有 <input type="checkbox"/>		無 <input checked="" type="checkbox"/>						
利用定員(人)					10				
利用者の推定数(人)					9				
営業日(該当する日に○)	日	月	火	水	木	金	土	祝	
		○	○	○	○	○	○		
	その他(年末年始等)			12/30~1/3を除く。					
営業時間	平日	9 : 00		~		17 : 00			
	土曜	9 : 00		~		17 : 00			
	日・祝	:		~		:			
利用料	厚生労働大臣が定める額								
その他の費用	運営規程に定めるとおり								
通常の事業の実施地域	〇〇市、〇〇市、〇〇市								主な診療科名1つを記載
協力医療機関	名称	〇〇病院			診療科名	内科			

↓ 一体的に実施する「従たる事業所」を設定する場合は ↓  
以下の欄も記入してください

更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入

主な診療科名1つを記載

付表7 就労選択支援事業所の指定等に係る記載事項

記入例

事業所	フリガナ 名称	サポートオオヤ サポートおおや						
	所在地	(郵便番号 320 - 1234 ) 栃木 県 〇〇〇 市 〇〇〇-×××						
	電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇						
	E-Mail	〇〇〇〇@miyary.com						
管理者	フリガナ 氏名	ウツノミヤ チヒロ 宇都宮 千尋	生年月日	1980 年 4 月 1 日				
	住所	(郵便番号 320 - 1234 ) 栃木 県 〇〇〇 市 〇〇〇-×××		管理者が事業所内で他の職種と兼務する場合は記入				
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)							
	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	←この欄は、管理者が他の事業所又は施設の従業者との兼務をする場合に記入					
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
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項								
利用定員(人)				10	更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入			
利用者の推定数(人)				9				
利用料	厚生労働大臣が定める額							
その他の費用	運営規程に定めるとおり							
通常の事業の実施地域	〇〇市、〇〇市、〇〇市			主な診療科名1つを記載				
協力医療機関	名称	〇〇病院		診療科名	内科			
提携就労支援機関	ハローワーク〇〇							

付表8 就労移行支援事業所の指定等に係る記載事項

ほとんどの事業所は「一般型」に該当します。

記入例

サービス種別(申請するものに○)		一般型	○	資格取得型		
事業所	フリガナ 名称	トチギジョブサポート とちぎジョブサポート				
	所在地	(郵便番号 320 - 1234 ) 栃木 県 〇〇〇 市 〇〇〇-×××				
	電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇				
	E-Mail	〇〇〇〇@miyary.com				
管理者	フリガナ 氏名	ウツノミヤ チヒロ 宇都宮 千尋	生年月日	1980 年 4 月 1 日		
	住所	(郵便番号 320 - 1234 ) 栃木 県 〇〇〇 市 〇〇〇-×××			コーポ〇〇102	
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)			サービス管理責任者		
	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	←この欄は、管理者が他の事業所又は施設の従業者との兼務をする場合に記入			
サービス管理責任者	フリガナ 氏名	カワチ マサミ 河内 正美	生年月日	1980 年 4 月 1 日		
	住所	(郵便番号 320 - 1234 ) 栃木 県 〇〇〇 市 〇〇〇-×××				
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	
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項						
利用定員(人)					20	
利用者の推定数(人)					18	
利用料	厚生労働大臣が定める額					
その他の費用	運営規程に定めるとおり					
通常の事業の実施地域	〇〇市、〇〇市、〇〇市				主な診療科名1つを記載	
協力医療機関	名称	〇〇病院	診療科名	内科		
提携就労支援機関	ハローワーク〇〇					
○一体的に実施する従たる事業所の指定等に係る記載事項						
事業所	フリガナ 名称	エールサツキ エールさつき				
	所在地	(郵便番号 320 - ) 栃木 県 〇〇〇 市 〇〇〇-×××				
	電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇				
	E-Mail	〇〇〇〇@miyary.com				
サービス管理責任者	フリガナ 氏名	カワチ マサミ 河内 正美	生年月日	1980 年 4 月 1 日		
	住所	(郵便番号 320 - 1234 ) 栃木 県 〇〇〇 市 〇〇〇-×××				
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	
利用定員(人)					10	
利用者の推定数(人)					9	
利用料	厚生労働大臣が定める額					
その他の費用	運営規程に定めるとおり					
通常の事業の実施地域	〇〇市、〇〇市、〇〇市				主な診療科名1つを記載	
協力医療機関	名称	〇〇クリニック	診療科名	内科		
提携就労支援機関	ハローワーク〇〇					

付表9 就労継続支援事業所の指定等に係る記載事項

どちらかに○

記入例

サービス種別(申請するものに○)		就労継続支援A型		就労継続支援B型		
事業所	フリガナ	ワークスマヤリー				
	名称	ワークスマヤリー				
	所在地	(郵便番号 320 - 1234 ) 栃木 県 〇〇〇 市 〇〇〇-×××				
	電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇				
E-Mail		〇〇〇〇@miyary.com				
管理者	フリガナ	ウツノミヤ チヒロ		生年月日	1980 年 4 月 1 日	
	氏名	宇都宮 千尋				
	住所	(郵便番号 320 - 1234 ) 栃木 県 〇〇〇 市 〇〇〇-×××				
	コーポ〇〇102		管理者が事業所内で他の職種と兼務する場合は記入			
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)			サービス管理責任者		
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	←この欄は、管理者が他の事業所又は施設の従業者との兼務をする場合に記入			
兼務する職種及び勤務時間等						
サービス管理者	フリガナ	カワチ マサミ		生年月日	1980 年 4 月 1 日	
	氏名	河内 正美				
	住所	(郵便番号 320 - 1234 ) 栃木 県 〇〇〇 市 〇〇〇-×××				
メゾン〇〇102						
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			
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項						
利用定員(人)					20	
利用者の推定数(人)					18	
更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入						
利用料	厚生労働大臣が定める額					
その他の費用	運営規程に定めるとおり					
通常の事業の実施地域	〇〇市、〇〇市、〇〇市				主な診療科名1つを記載	
協力医療機関	名称	〇〇病院		診療科名	内科	
○一体的に実施する従たる事業所の指定等に係る記載事項						
事業所	フリガナ	クラフトキブナ				
	名称	クラフトきぶな				
	所在地	(郵便番号 320 - ) 栃木 県 〇〇〇 市 〇〇〇-×××				
	電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇				
E-Mail		〇〇〇〇@miyary.com				
サービス管理者	フリガナ	カワチ マサミ		生年月日	1980 年 4 月 1 日	
	氏名	河内 正美				
	住所	(郵便番号 320 - 1234 ) 栃木 県 〇〇〇 市 〇〇〇-×××				
メゾン〇〇102						
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			
利用定員(人)					10	
利用者の推定数(人)					9	
更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入						
利用料	厚生労働大臣が定める額					
その他の費用	運営規程に定めるとおり					
通常の事業の実施地域	〇〇市、〇〇市、〇〇市				主な診療科名1つを記載	
協力医療機関	名称	〇〇クリニック		診療科名	内科	

付表10 就労定着支援事業所の指定等に係る記載事項

記入例

事業所	フリガナ	ジョブサポートセンターキブナ						
	名称	ジョブサポートセンターきぶな						
	所在地	(郵便番号 320 - 1234 ) 栃木 県 〇〇〇 市 〇〇〇-×××						
	電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇						
E-Mail	〇〇〇〇@miyary.com							
管理者	フリガナ	ウツノミヤ チヒロ		生年月日	1980 年 4 月 1 日			
	氏名	宇都宮 千尋						
	住所	(郵便番号 320 - 1234 ) 栃木 県 〇〇〇 市 〇〇〇-××× コーポ〇〇102						
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)					サービス管理責任者		
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		←この欄は、管理者が他の事業所又は施設の従業者との兼務をする場合に記入				
		兼務する職種及び勤務時間等						
サービス管理責任者	フリガナ	カワチ マサミ		生年月日	1980 年 4 月 1 日			
	氏名	河内 正美						
住所	(郵便番号 320 - 1234 ) 栃木 県 〇〇〇 市 〇〇〇-××× メゾン〇〇102							
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								
号								
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項								
利用者の推定数(人)	15							
一体的に運営する事業所の前年度の平均利用者数(人)	18							
営業日(該当する日に○)	日	月	火	水	木	金	土	祝
		○	○	○	○	○	○	
その他(年末年始等)			12/30~1/3を除く。					
営業時間	平日	9	:	00	~	17	:	00
	土曜	9	:	00	~	17	:	00
	日・祝		:		~		:	
利用料	厚生労働大臣が定める額							
その他の費用	運営規程に定めるとおり							
通常の事業の実施地域	〇〇市、〇〇市、〇〇市							

管理者が事業所内で他の職種と兼務する場合は記入

サービス管理責任者

←この欄は、管理者が他の事業所又は施設の従業者との兼務をする場合に記入

更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入

付表11 自立生活援助事業所の指定等に係る記載事項

記入例

事業所	フリガナ 名称	サツキライフサポート さつきライフサポート						
	所在地	(郵便番号 320 - 1234 ) 栃木 県 〇〇〇 市 〇〇〇-xxx						
	電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇						
	E-Mail	〇〇〇〇@miyary.com						
管理者	フリガナ 氏名	ウツミヤ チヒロ 宇都宮 千尋	生年月日	1980 年 4 月 1 日				
	住所	(郵便番号 320 - 1234 ) 栃木 県 〇〇〇 市 〇〇〇-xxx コーポ〇〇102					管理者が事業所内で他の職種と兼務する場合は記入	
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)							
	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	とちぎジョブサポート	兼務する職種及び勤務時間等	管理者	←この欄は、管理者が他の事業所又は施設の従業者との兼務をする場合に記入		
サービス 責任者 管理	フリガナ 氏名	カワチ マサミ 河内 正美	生年月日	1970 年 1 月 23 日				
	住所	(郵便番号 320 - 1234 ) 栃木 県 〇〇〇 市 〇〇〇-xxx メゾン〇〇102						
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	
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項								
利用者の推定数(人)	8							更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入
営業日(該当する日に○)	日	月	火	水	木	金	土 祝	
		○	○	○	○	○	○	
その他(年末年始等)			12/30~1/3を除く。					
営業時間	平日	9	:	00	~	17	: 00	
	土曜	9	:	00	~	17	: 00	
	日・祝		:		~		:	
利用料	厚生労働大臣が定める額							
その他の費用	運営規程に定めるとおり							
通常の事業の実施地域	〇〇市、〇〇市、〇〇市							

付表 1 2 共同生活援助事業所の指定等に係る記載事項

記入例

主たる事業所	フリガナ	グループホームサツキ			
	名称	グループホームさつき			
	所在地	(郵便番号 320 - 1234 ) 栃木 県 〇〇〇 市 〇〇〇-×××			
	電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇			
管理者	E-Mail	〇〇〇〇@miyary.com			
	フリガナ	ウツノミヤ チヒロ	生年月日	1980 年 4 月 1 日	
	氏名	宇都宮 千尋			
	住所	(郵便番号 320 - 1234 ) 栃木 県 〇〇〇 市 〇〇〇-×××			管理者が事業所内で他の職種と兼務する場合は記入
		コーポ〇〇102			
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)				
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	とちまる学園			
	兼務する職種及び勤務時間等	施設長 8:00~17:30			
	←この欄は、管理者が他の事業所又は施設の従業者との兼務をする場合に記入				
サービス管理者	フリガナ	カワチ マサミ	生年月日	1970 年 1 月 23 日	
	氏名	河内 正美			
	住所	(郵便番号 320 - 1234 ) 栃木 県 〇〇〇 市 〇〇〇-×××			
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			
○運営・設備に関する事項 いずれかの区分を選択					
サービスの提供形態(該当部分に○)	<input type="radio"/>	介護サービス包括型	生活支援員の業務の外部委託の予定	有	無 <input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	日中サービス支援型		有の場合の月間時間数	
	<input type="radio"/>	外部サービス利用型	受託居宅介護サービス事業者が事業を行う事業所の名称及び所在地並びに当該事業者の名称及び所在地	別紙のとおり	
利用定員(人)	10			更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入	
利用者の推定数(人)	9				
指定生活介護事業所等との連携体制	連携する施設の種別	生活介護	施設名	生活介護ミヤリーケア	
	支援体制の概要	緊急時等の対応			主な診療科名1つを記載
協力医療機関	名称	〇〇病院	診療科名	内科	
協力歯科医療機関	名称	〇〇歯科			

○共同生活住居の情報

共同生活住居① (主たる事業所)	フリガナ 名 称	(前頁に記載)			
	所在地	(前頁に記載)			
	連絡先	(前頁に記載)			
	住居区分 (該当するものに○)	<input checked="" type="radio"/> 一戸建て	<input type="radio"/> アパート		
		<input type="radio"/> マンション	<input type="radio"/> その他		
	建物所有者名	上河内 葵			
	賃貸借契約の内容	家賃月額(円)	100,000円		
		契約期間	R7.6.1	~	R9.5.31
	住居の利用定員(人)	8	居室数	8	室(うち個室 7 室)
	入居者1人当たりの居室の最小床面積(m <sup>2</sup> )	9.93			
	一体的に運営するサテライト型住居数(箇所)				
	主たる対象者 (対象とするものに○)	<input checked="" type="radio"/> 身体障害	<input checked="" type="radio"/> 知的障害		
<input checked="" type="radio"/> 精神障害		<input checked="" type="radio"/> 難病等対象者			
共同生活住居②	フリガナ 名 称	グループホームイチョウ グループホーム銀杏			
	所在地	(郵便番号 320 - 1234 ) 栃木 県 ○○○ 市 ○○○-xxx			
	電話番号	○○○○-○○-○○○○			
	住居区分 (該当するものに○)	<input type="radio"/> 一戸建て	<input checked="" type="radio"/> アパート		
		<input type="radio"/> マンション	<input type="radio"/> その他		
	建物所有者名	上河内 葵			
	賃貸借契約の内容	家賃月額(円)	200,000円		
		契約期間	R7.6.1	~	R9.5.31
	住居の利用定員(人)	6	居室数	6	室(うち個室 6 室)
	入居者1人当たりの居室の最小床面積(m <sup>2</sup> )	10.37			
	一体的に運営するサテライト型住居数(箇所)				
	主たる対象者 (対象とするものに○)	<input type="radio"/> 身体障害	<input checked="" type="radio"/> 知的障害		
<input checked="" type="radio"/> 精神障害		<input type="radio"/> 難病等対象者			
共同生活住居③	フリガナ 名 称				
	所在地	(郵便番号 - )			
	電話番号				
	住居区分 (該当するものに○)	<input type="radio"/> 一戸建て	<input type="radio"/> アパート		
		<input type="radio"/> マンション	<input type="radio"/> その他		
	建物所有者名				
	賃貸借契約の内容	家賃月額(円)			
		契約期間	~		
	住居の利用定員(人)		居室数		室(うち個室 室)
	入居者1人当たりの居室の最小床面積(m <sup>2</sup> )				
	一体的に運営するサテライト型住居数(箇所)				
	主たる対象者 (対象とするものに○)	<input type="radio"/> 身体障害	<input type="radio"/> 知的障害		
<input type="radio"/> 精神障害		<input type="radio"/> 難病等対象者			

付表 1 3 障害者支援施設の指定等に係る記載事項

施設	フリガナ	サツキエン		
	名称	さつき園		
	所在地	(郵便番号 320 - 1234 ) 栃木 県 〇〇〇 市 〇〇〇-×××		
	電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇		
E-Mail	〇〇〇〇@miyary.com			
管理者	フリガナ	ウツノミヤ チヒロ	生年月日	1980 年 4 月 1 日
	氏名	宇都宮 千尋		
	住所	(郵便番号 320 - 1234 ) 栃木 県 〇〇〇 市 〇〇〇-×××		
		コーポ〇〇102		
	当該施設で兼務する他の職種(兼務の場合記入)		サービス管理責任者	
	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	← 該当する場合は記入	
		兼務する職種及び勤務時間等		
サービス管理者	フリガナ	カワチ マサミ	生年月日	1980 年 4 月 1 日
	氏名	河内 正美		
	住所	(郵便番号 320 - 1234 ) 栃木 県 〇〇〇 市 〇〇〇-×××		
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				
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項				
居室	1室の最大定員(人)		1	該当する場合は記入 ※該当しない場合は空欄で結構です
	入所者1人あたりの最小床面積(m <sup>2</sup> )		12.5	
廊下	廊下の幅(m)		2.5	
	中廊下の幅(m)		2	
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)			
協力医療機関	名称	〇〇内科	診療科名	内科
協力歯科医療機関	名称	〇〇歯科		
(就労移行支援を行う場合のみ)提携就労支援機関		名称		

○昼間実施サービス及び施設入所支援に係る記載事項

昼間実施サービスの種類		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 (一般型)	就労移行支援 (資格取得型)	就労継続支援 (A型)	就労移行支援 (B型)	
	実施有無	○							
	利用者の推定数	31.7							
	昼間多機能の実施	有			無	○	昼間の総定員数(人)		30
(生活介護を行う場合のみ)利用者の推定数(人)	施設が申告する障害支援区分の平均値								
	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	1			2			27	
	サービス単位2								
昼間実施サービスの定員(人)	介護給付対象者	訓練等給付対象者			特定旧法受給者			合計	
	30							30	
	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			有		無
併設施設の定員(人)				併設施設の種別					
施設入所支援の利用者の推定数	サービス単位1				該当する場合は記入				
	サービス単位2								
	サービス単位3								
短期入所の実施	併設型	空床型			○		無		
	短期入所の利用者の推定数(人)								
営業日(該当する日に○)	日	月	火	水	木	金	土	祝	
		○	○	○	○	○	○		
	その他(年末年始等)				1/1を除く。				
営業時間	平日	8	:	30	~	17	:	30	
	土曜	8	:	30	~	17	:	30	
	日・祝		:		~		:		
利用料	厚生労働大臣の定める額								
その他の費用	食費(朝食400円・昼食500円・夕食550円) 光熱水費 350円/日								
通常の事業の実施地域	〇〇市・〇〇市								

付表14 指定一般相談支援事業所の指定等に係る記載事項

両方またはいずれかに○

記入例

サービス種別(申請するものに○)		地域移行支援	○	地域定着支援				
事業所	フリガナ	ソウダンシエンミヤリー						
	名称	相談支援ミヤリー						
	所在地	(郵便番号 320 - 1234 ) 栃木 県 〇〇〇 市 〇〇〇-××× 〇〇ビル2F 202号室						
	電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇						
E-Mail	〇〇〇〇@miyary.com							
管理者	フリガナ	ウツノミヤ チヒロ	生年月日	1980 年 4 月 1 日				
	氏名	宇都宮 千尋						
	住所	(郵便番号 320 - 1234 ) 栃木 県 〇〇〇 市 〇〇〇-××× コーポ〇〇102						
		当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)						
	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					
			←この欄は、管理者が他の事業所又は施設の従業者との兼務をする場合に記入					
指定地域相談支援の提供に当たる者	フリガナ	カワチ マサミ	生年月日	1980 年 4 月 1 日				
	氏名	河内 正美						
	住所	(郵便番号 320 - 1234 ) 栃木 県 〇〇〇 市 〇〇〇-××× メゾン〇〇102						
	フリガナ	〇〇〇 〇〇〇〇	生年月日	1975 年 5 月 2 日				
	氏名	〇〇 〇〇						
	住所	(郵便番号 320 - 1234 ) 栃木 県 〇〇〇 市 〇〇〇-×××						
フリガナ	〇〇〇 〇〇〇〇	生年月日	1970 年 6 月 3 日					
氏名	〇〇 〇〇							
住所	(郵便番号 320 - 1234 ) 栃木 県 〇〇〇 市 〇〇〇-×××							
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				
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項								
常時の連絡体制の確保の具体的方法(地域定着支援のみ)	携帯電話により、24時間、利用者からの連絡に対応可能な体制を整えている。							
営業日(該当する日に○)	日	月	火	水	木	金	土	祝
		○	○	○	○	○	○	
	その他(年末年始等)			12/30~1/3を除く。				
営業時間	平日	9	:	00	~	17	:	00
	土曜	9	:	00	~	17	:	00
	日・祝		:		~		:	
その他の費用	運営規程に定めるとおり							
通常の事業の実施地域	〇〇市、〇〇市、〇〇市							

付表15 指定特定相談支援事業所及び指定障害児相談支援事業所の指定等に係る記載事項

両方またはいずれかに○

記入例

サービス種別(申請するものに○)		特定相談支援	○		障害児相談支援					
事業所	フリガナ	ソウダンシエンミヤリー								
	名称	相談支援ミヤリー								
	所在地	(郵便番号 320 - 1234 ) 栃木 県 ○○○ 市 ○○○-xxx ○○ビル2F 202号室								
	電話番号	○○○○-○○-○○○○								
E-Mail	○○○○@miyary.com									
管理者	フリガナ	ウツノミヤ チヒロ		生年月日	1980 年 4 月 1 日					
	氏名	宇都宮 千尋								
	住所	(郵便番号 320 - 1234 ) 栃木 県 ○○○ 市 ○○○-xxx コーポ○○102								
	当該事業所における相談支援専門員との兼務の有無				有	○	無			
	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	←この欄は、管理者が他の事業所又は施設の従業者との兼務をする場合に記入							
相談支援専門員	フリガナ	カワチ マサミ		生年月日	1999 年 1 月 23 日					
	氏名	河内 正美		主任相談支援専門員に該当	有	○	無			
	住所	(郵便番号 320 - 1234 ) 栃木 県 ○○○ 市 ○○○-xxx								
	フリガナ	カミカワチ アオイ		生年月日	2000 年 12 月 31 日					
氏名	上河内 葵		主任相談支援専門員に該当	有		無	○			
住所	(郵便番号 320 - 1234 ) 栃木 県 ○○○ 市 ○○○-xxx									
相談支援員	フリガナ			生年月日	年		月		日	
	氏名			保有資格	社会福祉士		精神保健福祉士			
住所	(郵便番号 - )									
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						
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項										
営業日(該当する日に○)	日	月	火	水	木	金	土	祝		
		○	○	○	○	○				
その他(年末年始等)				12/29~1/3を除く。						
営業時間	平日	9	:	30	~	15	:	00		
	土曜		:		~		:			
	日・祝		:		~		:			
通常の事業の実施地域	○○市、○○市、○○市									