

付表 1 3 障害者支援施設の指定に係る記載事項

記入例

施設	フリガナ 名称	サセボガクエン 佐世保学園			指定書に記載される（されている）正式な施設名を記入	
	所在地	(郵便番号 857 - 8585) 長崎 県 佐世保 市 八幡町1番10号				
	電話番号	0956-12-3456				法人のメールアドレスを記入
	E-Mail	sasebo@sisetu.co.jp				
管理者	フリガナ 氏名	サセボ ジロウ 佐世保 次郎	生年月日	1986 年 8 月 20 日	当施設内で兼務する場合は、記入 他事業所で兼務する場合は、その勤務状況を記入	
	住所	(郵便番号 857 - 0042) 長崎 県 佐世保 市 高砂町5番1号				
	当該施設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	高砂事業所			
		兼務する職種及び勤務時間等	管理者として、週2・3日程度、8時間勤務			
サービス管理責任者	フリガナ 氏名	シドウ カンサ 指導 監査	生年月日	1995 年 2 月 22 日	サービス管理責任者を記入。複数設置する場合は、3ページ目以降に記入	
	住所	(郵便番号 857 - 0102) 長崎 県 佐世保 市 松瀬町230番地30				
	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3条 第1項 第1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				
	入所者1人あたりの最小床面積(m ²)	9.35				
廊下	廊下の幅(m)	1.8				
	中廊下の幅(m)	2.0				旧法における既存施設からの移行の場合は、記入
既存施設からの移行の場合	既存施設名	佐世保更生施設				
	施設種別	知的障害者入所更生施設				
	経過措置	有	無	○		
	特定旧法受給者数(人)	0				
協力医療機関	名称	佐世保病院	主な診療科名	内科		
協力歯科医療機関	名称	佐世保歯科医院				
(就労移行支援を行う場合のみ) 提携就労支援機関		名称				

○屋間実施サービス及び施設入所支援に係る記載事項

屋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	○						
	利用定員	60						
	利用者の推定数	56.8						
	屋間多機能の実施	有		無	○	屋間の総定員数(人)		60
(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					56.8		
	サービス単位2							
	サービス単位3							
屋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		
	60					60		
	定員緩和措置の有無				有	無	○	
施設入所支援の定員(人)	50		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	45.8						
	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)		3.5					
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は休業日					
営業時間	平日	8	:	30	~	17	:	15
	土曜	8	:	30	~	17	:	15
	日・祝		:		~		:	
利用料	運営規程に定めるとおり							
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	佐世保市、佐々町(ただし、離島を除く)							

該当する区分の欄に、平均利用者数を記入

併設施設がある場合は記入

通所事業の営業日を記入(運営規程と一致させること)

通所事業の営業時間を記入(運営規程と一致させること)

運営規程と一致させること

(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。

記入欄不足時の資料

■サービス管理責任者

サービス管理責任者	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号 -) 県 市				
	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号 -) 県 市				
	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号 -) 県 市				
	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号 -) 県 市				
	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号 -) 県 市				
	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号 -) 県 市				

■協力医療機関等

協力医療機関	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
協力歯科医療機関	名称			
	名称			
	名称			