

## 児童福祉法に基づく事業者指定の申請に係る書類一覧

法人の名称	社会福祉法人 ○○○		
事業所の名称	板橋障がい児発達支援事業所	サービス	

※「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。

	シート No.	申請書及び添付書類	申請者確認欄	備考
申請書	①	指定申請書		<a href="#">第1号様式</a>
	②	指定に係る記載事項 ※多機能型事業所の場合は、該当する事業の付表を全て提出してください。		付表16～20
添付書類	③	社会保険及び労働保険への加入状況にかかる確認票 登記事項証明書、条例（公設の場合）等		<a href="#">参考様式1</a>
	④	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。		<a href="#">参考様式2</a> <small>（設備・備品等一覧のみ）</small> ※写真等については、しおり参照
	⑤	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。		<a href="#">参考様式3-1</a> <a href="#">参考様式3-2</a>
	⑥	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。		<a href="#">参考様式4</a>
	⑦	従業者の実務経験証明書（原本） ※必要な場合 ※児童福祉事業の実務経験を記載して提出してください。		<a href="#">参考様式4</a>
	⑧	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		記載例参照 <a href="#">参考様式5</a>
	⑨	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 従業者の資格証（写） ※必要な場合		<a href="#">参考様式6</a>
	⑩	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 就業規則		<a href="#">参考様式7</a> ※保育所等訪問支援は不要
	⑪	誓約書		<a href="#">参考様式8</a>
	⑫	事業開始届		<a href="#">参考様式9-1</a>
	⑬	事業計画書		<a href="#">参考様式9-2</a>
	⑭	収支予算書		<a href="#">参考様式9-3</a>
	⑮	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		<a href="#">参考様式10</a>
	加算届出	⑯	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	
⑰		障害児通所・入所給付費の算定に係る体制等状況一覧表		<a href="#">様式第2号</a>

※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。

※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おとりください。

〔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	
F A X	
メールアドレス	

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
1														
2			指定申請する事業等の支援開始年月日		令和7年10月1日									
3			申請書 提出予定年月日		令和7年7月15日									
4														
5														
6	事業者 (法人)	フリガナ			シカイクシ									
7		名前			社会福祉									
8		住所	郵便番号	174	—	0001						〒(174-0001)		
9														
10		法人種別				社会福祉法人(社協)								
11		TEL				03-3333-3333								
12		E-mailアドレス				abc@defg.ne.jp								
13		職名				理事長								
14		フリガナ				イハシタロウ								
15	代表者				板橋 太郎									
16	生年月日				1970年1月1日									
17	代表者住所	郵便番号	456	—	7890						〒(456-7890)			
18														
19														
20	事業所 (施設)	フリガナ			イハシヨウカ イジハツツエジキョウヨ									
21		名前			板橋障がい児発達支援事業所									
22		住所	郵便番号	123	—	4567						〒(123-4567)		
23														
24		TEL				03-0000-0004								
25	E-mailアドレス				hij@klmn.ne.jp									
26														
27														
28	事業等の種別				児童発達支援									
29					放課後等デイサービス									
30														
31														
32														
33														
34	管理者	フリガナ			タカシロウ									
35		名前			高島 一郎									
36		生年月日				1989年12月31日								
37		住所	郵便番号	123	—	4567						〒(123-4567)		
38														
39	TEL				03-0000-0006									
40														
41	児童発達支援 管理責任者	フリガナ			アカツバナ									
42		名前			赤塚 花子									
43		生年月日				1989年6月15日								
44		住所	郵便番号	012	—	3456						〒(012-3456)		
45														
46	TEL				03-0000-0007									
47														
48	苦情解決 の措置概 要	受付担当者名												
49		苦情受付責任者名												
50		受付窓口の電話番号				03-0000-0008								
51														
52	協力医療 機関	医療機関名			〇〇病院									
53		所在地			東京都板橋区板橋〇-〇-〇									
54		診療科名				小児科、内科								
55		事業所からの距離				徒歩						車		
56					5	分					1	分		

申請書提出予定日を記入してください。  
 なお、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7年7月 日】  
 となります。

選択して下さい

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

記入項目の一部は、基本情報入力シートの内容が反映されます。

指定申請書

提出日を記入してください。

令和7年7月 日

(宛先) 板橋区長

所在地 東京都板橋区板橋〇-〇-〇  
申請者 名称 社会福祉法人 〇〇〇  
代表者 理事長 板橋 太郎

法人番号(13桁)を記入してください。

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

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	シャカイフクシホウジン 〇〇〇										
	名称	社会福祉法人 〇〇〇										
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 174 - 0001 ) 東京都板橋区板橋〇-〇-〇										
	連絡先	電話番号	03-3333-3333									
		E-mailアドレス	abc@defg.ne.jp									
	法人等の種類	社会福祉法人(社協)										
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	理事長	フリガナ 氏名	イバシヨウ 板橋 太郎	生年月日	1970年1月1日					
代表者の住所	(郵便番号 456 - 7890 ) 東京都板橋区志村〇-〇-〇											
指定を受けようとする事業所・施設の 種類	フリガナ	イバシヨウガイジハツツシエンジキョウシヨ										
	名称	板橋障がい児発達支援事業所										
	事業所(施設)の所在地	(郵便番号 123 - 4567 ) 東京都板橋区成増〇-〇-〇										
	多機能型事業所に係る指定の申請の場合は <input type="radio"/>											
	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 <input type="radio"/>	今回の指定(更新・変更) 申請をする対象事業等に <input type="radio"/>	既に指定を受けて いる事業に <input type="radio"/>	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					多機能型の場合は、事業ごとに付表 を作成してください。 (児童発達支援と放課後等デイサ ービスの多機能型は、それぞれ付表16 を作成してください。)					
		重度訪問介護										
		同行援護										
		行動援護										
		療養介護										
		生活介護										
		短期入所										
		重度障害者等包括支援										
		自立訓練(機能訓練)										
		自立訓練(生活訓練)										
		就労選択支援										
		就労移行支援										
就労継続支援A型												
就労継続支援B型												
就労定着支援												
自立生活援助												
共同生活援助												
指定障害者支援施設(施設入所支援)												
指定一般 相談支 援事 業所	地域移行支援	今回指定更新をする事業に <input type="radio"/> を選んで付けてください。		開始予定年月日を年号表記で 記入してください。								
	地域定着支援											
指定特定相談支援事業所												
指定障害 児通所支 援事 業所	児童発達支援		<input type="radio"/>		令和8年10月1日	付表16						
	放課後等デイサービス		<input type="radio"/>		令和8年10月1日	付表16						
	居宅訪問型児童発達支援					付表18						
	保育所等訪問支援					付表17						
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												
【既に指定を受けている場合】事業所番号												
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0												

多機能型の指定申請の場合は  
○を選んでください。

多機能型の場合は、事業ごとに付表  
を作成してください。  
(児童発達支援と放課後等デイサ  
ービスの多機能型は、それぞれ付表16  
を作成してください。)

既に同じ事業所所在地で指定を受  
けている場合には、その事業所番  
号を記入してください。

(備考)

- 1 本申請書の表題は、指定の更新の申請の際には「指定更新申請書」に、指定の変更の申請の際には「指定変更申請書」に変更して使用してください。
- 2 「法人等の種類」欄には、「社会福祉法人(社協以外)」、「社会福祉法人(社協)」、「医療法人」、「社団・財団」、「営利法人」、「非営利法人(NPO)」、「農協」、「生協」、「その他法人」、「地方公共団体(都道府県)」、「地方公共団体(市町村)」、「地方公共団体(広域連合・一部事務組合等)」、「非法人」、「その他」のいずれかを記入してください。
- 3 「同一所在地において行う事業等の種類」欄には、今回申請をする事業及び既に指定を受けている事業のそれぞれに「○」を記載してください。
- 4 「【既に指定を受けている場合】事業所番号」欄には、申請を行う都道府県等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。
- 5 「事業の開始予定年月日」欄については、更新の場合にあっては、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。

付表16 児童発達支援事業所及び放課後等デイサービス事業

児童発達支援か放課後等デイサービスのいずれかに○を付けてください。

児童発達支援と放課後等デイサービスの多機能型は、それぞれ付表16を作成してください。

サービス種別(申請する種別に○)		<input checked="" type="radio"/> 児童発達支援		<input type="radio"/> 放課後等デイサービス	
児童発達支援センターに該当するか(該当する場合は、○)		<input type="radio"/>			
事業所	フリガナ 名称	イバシヨウガ イジハツツエツキ 板橋障がい児発達支援事業所			
	所在地	(郵便番号 123 - 4567 ) 東京都板橋区成増〇-〇-〇			
	電話番号	03-0000-0004			
	E-Mail	hij@klmn.ne.jp			
管理者	フリガナ 氏名	カシマ 伊吹 高島 一郎	生年月日	1989年12月31日	
	住所	(郵便番号 123 - 4567 ) 東京都板橋区板橋〇-〇-〇			
	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			
児童発達支援 管理責任者	フリガナ 氏名	アカツカ ハコ 赤塚 花子	生年月日	1989年6月15日	
	住所	(郵便番号 012 - 3456 ) 東京都板橋区坂下〇-〇-〇			

管理者が兼務する場合には、記入してください。

事業者が、地方公共団体以外の場合は、記入不要です。

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	開設時に見込まれる1カ月の利用児童数を記入してください。						
利用者の推定数(人)	30							
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)							
営業時間	平日	10	:	00	~	18	:	00
	土曜	10	:	00	~	18	:	00
	日・祝		:		~		:	
送迎の有無	有	<input checked="" type="radio"/> 無						
利用料	こども家庭庁長官が定める基準による額							
その他の費用	おやつ代100円/回							
通常の事業の実施地域	板橋区、豊島区							
協力医療機関	名称	〇〇病院			主な診療科名	小児科、内科		

「運営・設備に関する基準の確認に必要な事項」は、運営規程等にあわせて、各項目を記入してください。  
※協力医療機関は、基本情報入力シートから転記されます。

○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	「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」は、 該当する事業所のみ記入してください。							
	電	E-mail							
管理者	フリガナ				生年月日				
	氏名					年	月	日	
	住所	(郵便番号 - )							
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								
児童発達支援 管理責任者	フリガナ				生年月日				
	氏名					年	月	日	
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				
利用定員(人)									
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)								
営業時間	平日	:			~			:	
	土曜	:			~			:	
	日・祝	:			~			:	
送迎の有無	有		無						
利用料									
その他の費用									
通常の事業の実施地域									
協力医療機関	名称				主な診療科名				

(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

■児童発達支援管理責任者

	フリガナ		生年月日	
児童発達支援管理責任者や協力医療機関が複数の場合のみ、こちらに記入してください。				
児童発達支援管理責任者	住所	(郵便番号 - )		
	フリガナ氏名		生年月日	年 月 日
	住所	(郵便番号 - )		
	フリガナ氏名		生年月日	年 月 日
	住所	(郵便番号 - )		
	フリガナ氏名		生年月日	年 月 日
	住所	(郵便番号 - )		
	フリガナ氏名		生年月日	年 月 日

■協力医療機関

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	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	

付表18 保育所等訪問支援事業所の指定等に係る記載事項

事業所	フリガナ	イバシヨウガ イジ ハツツシヅギ ヨウシヨ						
	名称	板橋障がい児発達支援事業所						
	所在地	(郵便番号 123 - 4567 ) 東京都板橋区成増〇-〇-〇						
	電話番号	03-0000-0004						
	E-Mail	hij@klmn.ne.jp						
管理者	フリガナ	タカマ イロウ	生年月日	1989年12月31日				
	氏名	高島 一郎						
	住所	(郵便番号 123 - 4567 ) 東京都板橋区板橋〇-〇-〇						
	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						
児童発達支援管理責任者	フリガナ	アカツカ ハナ	生年月日	1989年6月15日				
	氏名	赤塚 花子						
	住所	(郵便番号 012 - 3456 ) 東京都板橋区坂下〇-〇-〇						
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								
営業日(該当する日に○)	日	月	火	水	木	金	土	祝
		○	○	○	○	○		
営業時間	その他(年末年始等)							
	平日	10	:	00	~	18	:	00
	土曜	10	:	00	~	18	:	00
	日・祝		:		~		:	
利用料	こども家庭庁長官が定める基準による額							
その他の費用								
通常の実施地域	板橋区、豊島区							

管理者が兼務する場合には、記入してください。

事業者が、地方公共団体以外の場合は、記入不要です。

「運営・設備に関する基準の確認に必要な事項」は、運営規程にあわせて、各項目を記入してください。

(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。

記入欄不足時の資料

■児童発達支援管理責任者

フリガナ			
児童発達支援管理責任者が複数の場合のみ、こちらに記入してください。			
氏名		年	月 日
住所	(郵便番号 - )		
フリガナ 氏名	生年月日	年	月 日
住所	(郵便番号 - )		
フリガナ 氏名	生年月日	年	月 日
住所	(郵便番号 - )		
フリガナ 氏名	生年月日	年	月 日
住所	(郵便番号 - )		
フリガナ 氏名	生年月日	年	月 日
住所	(郵便番号 - )		

児童発達支援管理責任者

付表17 居宅訪問型児童発達支援事業所の指定等に係る記載事項

事業所	フリガナ 名称	イバシヨガ イジ ハツツシヅキ ヨウシヨ 板橋障がい児発達支援事業所						
	所在地	(郵便番号 123 - 4567 ) 東京都板橋区成増〇-〇-〇						
	電話番号	03-0000-0004						
	E-Mail	hij@klmn.ne.jp						
管理者	フリガナ 氏名	タシマ イロウ 高島 一郎	生年月日	1989年12月31日				
	住所	(郵便番号 123 - 4567 ) 東京都板橋区板橋〇-〇-〇						
	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					
児童発達支援 管理責任者	フリガナ 氏名	アカカ ハナコ 赤塚 花子	生年月日	1989年6月15日				
	住所	(郵便番号 012 - 3456 ) 東京都板橋区坂下〇-〇-〇						
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								
専用の区画の有無	有		無					
営業日(該当する日に○)	日	月	火	水	木	金	土 祝	
	○		○	○	○	○		
営業時間	その他(年末年始等)							
	平日	10	:	00	~	18	:	00
	土曜	10	:	00	~	18	:	00
日・祝	:		~			:		
利用料	こども家庭庁長官が定める基準による額							
その他の費用								
通常の事業の実施地域	板橋区、豊島区							
協力医療機関	名称	〇〇病院		主な診療科名	小児科、内科			

管理者が兼務する場合には、記入してください。

事業者が、地方公共団体以外の場合は、記入不要です。

「運営・設備に関する基準の確認に必要な事項」は、運営規程にあわせて、各項目を記入してください。  
※協力医療機関は、基本情報入力シートから転記されます。

(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。

記入欄不足時の資料

■児童発達支援管理責任者

	フリガナ			
児童発達支援管理責任者が複数の場合のみ、こちらに記入してください。				
児童発達支援管理責任者	氏名			年 月 日
	住所	(郵便番号 - )		
	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	(郵便番号 - )		
	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	(郵便番号 - )		
	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	(郵便番号 - )		
	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	(郵便番号 - )		

付表19 障害児入所支援(福祉型障害児入所施設)の指定等に係る記載事項

施設	フリガナ 名称	イバシヨカ イジ ハツツシヅキ ヨウシヨ 板橋障がい児発達支援事業所						
	所在地	(郵便番号 123 - 4567 ) 東京都板橋区成増〇-〇-〇						
	電話番号	03-0000-0004						
	E-Mail	hij@klmn.ne.jp						
管理者	フリガナ 氏名	タカシマ イチロウ 高島 一郎	生年月日	1989年12月31日				
	住所	(郵便番号 123 - 4567 ) 東京都板橋区板橋〇-〇-〇						
児童発達支援 管理責任者	フリガナ 氏名	アカツカ ハナコ 赤塚 花子	生年月日	1989年6月15日				
	住所	(郵便番号 012 - 3456 ) 東京都板橋区坂下〇-〇-〇						
併設する施設の名 称及び概要	名称							
	概要							
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)							
	入所者1人あたりの最小床面積(m <sup>2</sup> )							
設置部分(設置さ れているものに ○)	居室	○	調理室	○	浴室	○	便所	○
	医務室	○	静養室	○	職業指導に必 要な設備	○	遊戯室	○
	支援室	○	音楽に関す る設備		身体の機能の 不自由を助け る設備	○	映像に関す る設備	
	屋外遊戯 場	○						
入所定員(人)	50	開設時に見込まれる1カ月の利用 児童数を記入してください。						
利用者の推定数 (人)	40							
利用料	こども家庭庁長官が定める基準による額							
その他の費用								
協力医療機関	名称	〇〇病院		主な診療科名	小児科、内科			
協力歯科医療機関	名称							

併設する施設があれば記入してください。

事業者が、地方公共団体以外の場合は、記入不要です。

「運営・設備に関する基準の確認に必要な事項」は、運営規程にあわせて、各項目を記入してください。

(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

■児童発達支援管理責任者

フリガナ		生年月日	
児童発達支援管理責任者や協力医療機関が複数の場合のみ、こちらに記入してください。			
氏名		年	月 日
住所	(郵便番号 - )		
フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
住所	(郵便番号 - )		
フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
住所	(郵便番号 - )		
フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
住所	(郵便番号 - )		
フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
住所	(郵便番号 - )		

児童発達支援管理責任者

■協力医療機関

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			

付表20 障害児入所支援(医療型障害児入所施設)の指定等に係る記載事項

施設	フリガナ	イバシヨウガ イジ ハツツシヅギ ヨウソ						
	名称	板橋障がい児発達支援事業所						
	所在地	(郵便番号 123 - 4567 ) 東京都板橋区成増〇-〇-〇						
	電話番号	03-0000-0004						
	E-Mail	hij@klmn.ne.jp						
管理者	フリガナ	タカマ 伊吹	生年月日	1989年12月31日				
	氏名	高島 一郎						
児童発達支援 管理責任者	フリガナ	アカカ ハコ	生年月日	1989年6月15日				
	氏名	赤塚 花子						
併設する施設の名称及び概要	住所	(郵便番号 012 - 3456 ) 東京都板橋区坂下〇-〇-〇						
	名称							
概要								
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)							
	入所者1人あたりの最小床面積(m <sup>2</sup> )							
設置部分(設置されているものに○)	支援室	○	浴室	○	静養室	○	屋外遊戯場	○
	ギブス室	○	特殊工芸の作業を支援するに必要な設備	○	義肢装具を製作する設備	○	身体の機能の不自由を助ける設備	○
* 医療法に規定する病院として必要な設備を設けてあること								
入所定員(人)	50	開設時に見込まれる1カ月の利用						
利用者の推定数(人)	40	児童数を記入してください。						
利用料	こども家庭庁長官が定める基準による額							
その他の費用								
協力歯科医療機関	名称							

併設する施設があれば記入してください。

事業者が、地方公共団体以外の場合は、記入不要です。

「運営・設備に関する基準の確認に必要な事項」は、運営規程にあわせて、各項目を記入してください。

(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

■児童発達支援管理責任者

児童発達支援管理責任者	フリガナ		生年月日	
	児童発達支援管理責任者や協力歯科医療機関が複数の場合のみ、こちらに記入してください。			
	住所	(郵便番号 - )		
	フリガナ氏名		生年月日	年 月 日
	住所	(郵便番号 - )		
	フリガナ氏名		生年月日	年 月 日
	住所	(郵便番号 - )		
	フリガナ氏名		生年月日	年 月 日
	住所	(郵便番号 - )		
	フリガナ氏名		生年月日	年 月 日

■協力歯科医療機関

協力歯科医療機関	名称	
	名称	
	名称	
	名称	
	名称	
	名称	

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と確認票

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○を付してください。また、必要事項をご記入ください。)

Table with 2 columns: Number (1-5) and Status/Description. Includes options for '加入している' (with document list), '現在、加入手続中である', '今後、加入手続を行う', '適用要件に該当しない', and '適用要件に該当するか不明である'.

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○を付してください。また、必要事項をご記入ください。)

Table with 2 columns: Number (1-4) and Status/Description. Includes options for '加入している' (with document list), '現在、加入手続中である', '今後、加入手続を行う', and '適用要件に該当しない'.

回答年月日 令和7年 7月 日

Table with 2 columns: Field Name and Value. Fields include: 事業所名称 (板橋障がい児発達支援事業所), 事業所所在地 (東京都板橋区成増〇-〇-〇), 会社等法人番号 (1234567890123), 事業者(法人)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。

## 設備・備品等一覧表

事業の種別( 児童発達支援 放課後等デイサービス )

事業所名( 板橋障がい児発達支援事業所 )

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  非常災害設備等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事務室は個人情報管理のため、常時施錠を行う。</li> <li>・カーテン等の布類は防炎仕様になっている。</li> <li>・相談室は利用者のプライバシーを尊重した。</li> <li>・子どもの安全のため、床にクッション性のシートを敷いている。</li> <li>・自動火災報知機を設置</li> <li>・消火器を設置</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p style="text-align: center;">設備上で特に配慮している点を挙げてください。</p> </div>	
室名	備品の品目及び数量	
指導訓練室	机×4 椅子×4	
事務室	鍵付き書庫×1 PC×1 机×1 椅子×4	
相談室	机×1 椅子×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。

## 管理者経歴書

(参考様式 1)

児童発達支援管理責任者を兼務する場合は、タイトルを「管理者兼児童発達支援管理責任者経歴書」に変えて、1枚の経歴書にまとめることも可能です。

事業所の名称		板橋障がい児発達支援	
フリガナ	タシマ イチロウ		
氏名	高島 一郎	生年月日	
住所	〒(123-4567) 東京都板橋区板橋〇-〇-〇		
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Itabashi 認可保育園いたばし	保育士	
平成30年4月～令和6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7年1月～令和7年5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7年6月～令和7年9月	株式会社イチョウ	開設準備	
令和7年10月(予定)～	株式会社イチョウ 児童発達支援 イチョウ	管理者	
将来の日付は(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。

# 児童発達支援管理責任者経歴書

管理者を兼務する場合は、  
タイトルを「管理者兼児童  
発達支援管理責任者経歴  
書」に変えて1枚の経歴書  
にまとめることも可能です。

事業所の名称	板橋障がい児発達支援事業所		
フリガナ	アカツカ ハナコ		
氏名	赤塚 花子	生年月日	平成1年6月15日
住所	〒(012-3456) 東京都板橋区坂下〇-〇-〇		
電話番号	03-0000-0007		

## 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Itabashi 放課後等デイサービスいたばし	児童指導員
平成30年4月～令和5年3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5年4月～令和7年5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7年6月～令和7年9月	株式会社イチョウ	開設準備
令和7年10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

将来の日付は(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  
・基礎研修受講時において、受講に必要な実務経験が確認できる実務経験証明書を添付してください。

## 資格の種類

保育士

平成26年3月

資格登録年月日を記入して、資格者証の写しを提出してください。

## 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およ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および児童発達支援管理責任者基礎研修 令和元年12月26日  
令和4年度東京都サービス管理責任者実践研修および児童発達支援管理責任者実践研修 令和4年〇月〇日

備考1 住所・電話番号は、自宅のものを記載し

2 当該管理者が管理する事業所が複数の場合は

基礎研修、相談支援従事者初任者研修、実践研修、(更新研修)の修了証の写しを添付してください。

# 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○丁目○-○

代表者氏名 ○○ □□  
電話番号 03 - 0000 - 0000

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○×保育園 ②□◆事業所 ③★★事業所
事業種別	<p>該当する事業、施設に○をしてください。(該当がない場合はその他に記載)</p> <p>(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、児童自立支援施設 (2) 認可保育園、幼保連携型認定保育園、地域型認定保育園、母子生活支援施設 (3) 学校 ④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、子育て援 (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 (9) 特別支援学校、特別支援学級 (10) その他( )</p> <p>(10) 認可外保育園、企業主導型保育事業</p>
業務期間	<p>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)</p> <p>実勤務日数(2,200日) 週平均 4.6</p>
業務内容	<p>職名 ①保育士(非常勤) 常勤・非常勤 ②相談支援専門員(常勤) ③児童発達支援管理責任者(常勤)</p> <p>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</p>

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記載してください。

該当する事業種別に○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ありません。

職名ごとに期間が分かるように記載してください。非常勤の場合は日数を記載してください。

- (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、看護師等の職名を記入し、業務について、「主に○○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、⑩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)

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	板橋障がい児発達支援事業所
申請するサービス種類	児童発達支援 放課後等デイサービス

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 苦情受付担当者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 03-0000-0008
2	円滑かつ迅速に苦情を解決するための処理体制・手順  <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;">※具体的な対応方針を記入してください。</div>
3	その他参考事項  <div style="border: 1px solid black; padding: 10px;">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と一致するようにしてください。  なお、板橋区の利用者の苦情相談窓口については、以下を記載してください。 (1) 板橋区 福祉部 障がい政策課 認定給付・指導係 電話番号：03-3579-2392 受付時間：平日8:30～17:00まで (2) 板橋区 福祉部 障がいサービス課 障がい児支援係 電話番号：03-3579-2148 受付時間：平日8:30～17:00まで (3) 板橋区保健福祉オンブズマン 電話番号：03-3579-2890 受付時間：平日8:30～17:00まで (4) 東京都社会福祉協議会 福祉サービス運営適正化委員会 電話番号：03-5283-7020 受付時間：平日10:00～16:00まで</div>

備考 上記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。

従業員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		放デイ東京														定員		10																
必須					加算を取得する(している)場合、 選択してください				営業時間に対し、基準職員を配置する必要があります																												4週 合計	週平均 勤務 時間	常勤換 算後 の 人数
職種	勤務形態 (専従・兼務/常 勤・非常勤)	氏名	資格 証の 提出 有無	基準・ 加配職員	福祉専門職 加算(資 格)	◆2 児童指導員 等加配加算 対象者	◆3 専門的支援 体制加算対 象者	育児介護等 時短届出日	第1週							第2週							第3週							第4週									
									1 月	2 火	3 水	4 木	5 金	6 土	7 日	8 月	9 火	10 水	11 木	12 金	13 土	14 日	15 月	16 火	17 水	18 木	19 金	20 土	21 日	22 月	23 火	24 水	25 木	26 金	27 土	28 日			
管理者兼児童発達支 援管理責任者	常勤・専従	A	○	基準				R5.4.1	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00			6.00	6.00	6.00	6.00	6.00			6.00	6.00	6.00	6.00	6.00			6.00	6.00	6.00	6.00	6.00			120	30.0	0.7
児童指導員	常勤・専従	B	○	基準	社会福祉士					8.00	8.00	8.00	8.00	8.00			8.00	8.00	8.00	8.00	8.00			8.00	8.00	8.00	8.00	8.00			8.00	8.00	8.00	8.00	8.00		160	40.0	1.0
保育士	非常勤・専従	C		基準					6.00	6.00	6.00	6.00	6.00			6.00	6.00	6.00	6.00	6.00			6.00	6.00	6.00	6.00	6.00			6.00	6.00	6.00	6.00	6.00		120	30.0	0.7	
児童指導員	非常勤・専従	D	○	基準/加配		5年以上			6.00		6.00	6.00		8.00		6.00		6.00	6.00		8.00		6.00		6.00	6.00		8.00		6.00		6.00	6.00		8.00	104	26.0	0.6	
保育士	非常勤・専従	E	○	加配		5年未満			8.00	6.00			6.00	8.00		8.00	6.00			6.00	8.00		8.00	6.00			6.00	8.00		8.00	6.00			6.00	8.00	112	28.0	0.7	
理学療法士	常勤・専従	F		加配			○		8.00	8.00	8.00	8.00		8.00		8.00	8.00	8.00	8.00		8.00		8.00	8.00	8.00	8.00		8.00		8.00	8.00	8.00	8.00		8.00	160	40.0	1.0	
上記(定員10名、重心外)の場合、 基準となる児童指導員又は保育士の常勤が1名以上いて、営業時間に対して児童指導員又は保育士を毎日2名配置している(○の部分)→基準の配置OK 基準の配置に加え、児童指導員等が常勤換算で1名配置している(△が週40時間以上)→児童指導員等加配加算(常勤換算・5年未満)取得可 さらに、理学療法士等を常勤で1名配置している(□が週40時間以上)→専門的支援体制加算取得可																																					0	0.0	0.0
合計									34	34	34	34	26	32	0	34	34	34	34	26	32	0	34	34	34	34	26	32	0	34	34	34	34	26	32	0	776	194.0	4.7
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	7		6	6	6	6	6	7		6	6	6	6	6	7		6	6	6	6	6	7		148		
サービス提供時間									5	5	5	5	5	6		5	5	5	5	5	6		5	5	5	5	5	6		5	5	5	5	5	6		124		

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 資格証の提出有無欄については、提出済みの従業者は○にしてください。未提出の従業者は資格証又は実務経験証明書を添付してください。

注3 基準・加配職員欄については、人員基準上の従業者を基準とし、それ以外の従業者を加配とお示してください。

注4 児童発達支援・放課後等デイサービスにあつては、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】

- ◆1 福祉専門職員配置加算の対象者 : 有資格者(社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、公認心理士)、法人内勤続年数3年以上(直接支援)、他の福祉サービスとの常勤兼務
- ◆2 児童指導員等加配加算の対象者 : 児童指導員、保育士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、手話通訳士、手話通訳者、特別支援学校免許取得者、心理担当職員(心理学修了等)、視覚障害児支援担当職員(研修修了等)、強度行動障害支援者養成研修(基礎研  
修)修了者 ※児童福祉事業(◆4)の経験が5年以上、5年未満で報酬算定が異なる(資格取得前後は問わない)
- ◆3 専門的支援体制加算の対象者 : 児童指導員(※)、保育士(※)、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、心理担当職員(心理学修了等)又は視覚障害児支援担当職員(研修修了等)  
(※)資格取得後、5年以上児童福祉事業(◆4)に従事したものに限り
- ◆4 児童福祉事業 : 障害児通所支援事業(児発、放デイ等)、障害児入所施設、障害児相談支援事業、放課後児童健全育成事業(学童保育等)、保育所(認可、認証等)などの児童福祉法に基づく社会福祉事業または幼稚園、\*特別支援学校や\*\*特別  
支援学級での教育(ただし、\*・\*\*は専門的支援体制加算の対象外)



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 板橋障がい児発達支援事業所

所在地 東京都板橋区成増〇-〇-〇

1	医療機関名	〇〇病院	
	所在地	東京都板橋区板橋〇-〇-〇	
	診療科名	小児科、内科	
	事業所からの距離	徒歩 5 分	車 1 分
2	医療機関名		
	所在地		
	診療科名		
	事業所からの距離	協力医療機関が複数の場合はこちらに記入してください。 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。

## 誓約書

提出日を記入してください。

年 月 日

板橋区長 殿

申請者

(名称)

社会福祉法人 ○○○

申請者は法人名を記載してください。

(代表者の職名・氏名)

理事長

板橋 太郎

申請者が別紙のいずれにも該当しない者であることを誓約します。

別紙(2ページ目)にあるいずれの項目に該当しないことを必ず確認してください。

	別紙①： 障害福祉サービス事業者向け
	別紙②： 障害者支援施設向け
	別紙③： 一般相談支援事業者向け
	別紙④： 特定相談支援事業者向け
○	別紙⑤： 障害児通所支援事業者向け
	別紙⑥： 障害児入所施設向け
	別紙⑦： 障害児相談支援事業者向け

様式は「障害児通所支援事業者向け」と「障害児入所施設向け」に分かれています。

注 該当する種別に○を付けてください。

(別紙：障害児通所支援事業者向け)

児童福祉法第21条の5の15第3項

- 一 申請者が都道府県の条例で定める者でないとき。
- 二 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員が、第二十一条の五の十九第一項の都道府県の条例で定める基準を満たしていないとき。
- 三 申請者が、第二十一条の五の十九第二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。
- 四 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。
- 五 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。
- 五の二 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。
- 六 申請者が、第二十一条の五の二十四第一項又は第三十三条の十八第六項の規定により指定を取り消され、その取消の日から起算して五年を経過しない者（当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消の処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があつた日前六十日以内に当該法人の役員又はその障害児通所支援事業所を管理する者その他の政令で定める使用人（以下この条及び第二十一条の五の二十四第一項第十一号において「役員等」という。）であつた者で当該取消の日から起算して五年を経過しないものを含み、当該指定を取り消された者が法人でない場合においては、当該通知があつた日前六十日以内に当該者の管理者であつた者で当該取消の日から起算して五年を経過しないものを含む。）であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定障害児通所支援事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となつた事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定障害児通所支援事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定障害児通所支援事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして内閣府令で定めるものに該当する場合を除く。
- 七 申請者と密接な関係を有する者（申請者（法人に限る。以下この号において同じ。）の株式の所有その他の事由を通じて当該申請者の事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として内閣府令で定めるもの（以下この号において「申請者の親会社等」という。）、申請者の親会社等が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として内閣府令で定めるもの又は当該申請者が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として内閣府令で定めるもののうち、当該申請者と内閣府令で定める密接な関係を有する法人をいう。）が、第二十一条の五の二十四第一項又は第三十三条の十八第六項の規定により指定を取り消され、その取消の日から起算して五年を経過していないとき。ただし、当該指定の取消しが、指定障害児通所支援事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となつた事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定障害児通所支援事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定障害児通所支援事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして内閣府令で定めるものに該当する場合を除く。
- 八 削除
- 九 申請者が、第二十一条の五の二十四第一項又は第三十三条の十八第六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十五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二十一条の五の二十四第四項の規定による事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 十 申請者が、第二十一条の五の二十二第一項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日（当該検査の結果に基づき第二十一条の五の二十四第一項の規定による指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として内閣府令で定めるところにより都道府県知事が当該申請者に当該検査が行われた日から十日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。）までの間に第二十一条の五の二十四第四項の規定による事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 十一 第九号に規定する期間内に第二十一条の五の二十四第四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、同号の通知の日前六十日以内に当該事業の廃止の届出に係る法人（当該事業の廃止について相当の理由がある法人を除く。）の役員等又は当該届出に係る法人でない者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）の管理者であつた者で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 十二 申請者が、指定の申請前五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。
- 十三 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。
- 十四 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。

届出者 氏名  
(法人の場合は名称) 社会福祉法人 ○○○

児童発達支援 放課後等デイサービス 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 放課後等デイサービス	
	内容	障がい児に日常生活における基本的な動作や知識技能の付与および集団生活へ適応するための支援の実施	
経営者	氏名 (法人の場合は名称)	社会福祉法人 ○○○	
	住所 (法人の場合は主たる事務所の所在地)	東京都板橋区板橋〇-〇-〇	
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作成等	1 人
児童指導員・保育士		個別支援計画に基づく利用者への支援	4 人
機能訓練担当職員		個別支援計画に基づく利用者への機能訓練	1 人
			人
			人
		合計	7 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)		板橋区、豊島区	
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	この項目は記入不要です。 人	
	種類		
	所在地		
	定員		
事業開始予定年月日		令和7年10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		別紙のとおり	

運営規程に定め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 放課後等デイサービス 事業計画書

(法人名) 社会福祉法人 ○○○

1 事業の方針

障がい児に日常生活における基本的な動作や知識技能の付与および集団生活へ適応するための支援を行い、生活の質の向上を目指す。

2 事業所名及び所在地

板橋障がい児発達支援事業所  
東京都板橋区成増○-○-○

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

従業者の人数は、  
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名

5 サービス提供予定利用者延べ人数

1月あたり 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

(参考様式 9-3)

(単位：千円)

事業を開始した月から1年間の見込みを記入してください。

		10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9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	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	240
	月延べ利用者数	120	140	160	180	200	200	200	200	200	200	200	200	2,200
	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	11,160
	旅費、交通費													0
	事務所賃借費													0
	通信費													0
	諸経費													0
	合計(B)	930	930	930	930	930	930	930	930	930	930	930	930	11,160
利益(A-B)	-930	-930	138	254	494	1,016	1,314	939	1,117	939	850	850	6,051	

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、10月から事業開始の例(支出の費目は、より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。

多機能型の場合、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。

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			
休日単位			

(加算関係)

児童指導員等加配加算その他	
送迎加算	

(処遇改善)


# 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、棟ごとに調査票を作成してください。

※ 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。

(法人)名	名称	社会福祉法人 ○○○
	所在地	東京都板橋区板橋○-○-○
	担当者	申請 一郎
	電話	03-3333-3333

施設名	名称	板橋障がい児発達支援事業所	指定番号	
	所在地	東京都板橋区成増○-○-○		
	担当者	高島 一郎		
	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)	
			児童発達支援 放課後等デイサービス	板橋障がい児発達支援事業所	
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 ・ <input checked="" type="radio"/> 私立	
		B 建物の構造		<input checked="" type="radio"/> 1. 木造 <input type="radio"/> 2. 鉄筋コンクリート構造(RC) <input type="radio"/> 3. 鉄骨構造(S) <input type="radio"/> 4. 鉄骨鉄筋コンクリート構造(SRC) <input type="radio"/> 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 ↳ <input checked="" type="radio"/> 昭和57年1月1日以降 → <input checked="" type="radio"/> 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 ・ <input checked="" type="radio"/> 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 建物総面積 120.5㎡ ・ 723.0㎡	
		G 増改築の有無		有( 年 月 ) ・ <input checked="" type="radio"/> 無	
④	耐震診断の実施状況について (A・Bのいずれか1箇所を○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: → <input checked="" type="radio"/> ⑤へ	
		B 耐震診断未実施 → <input checked="" type="radio"/> 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

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箇所を○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年度の間耐震改修終了予定 4. その他 : <u>ア~クの中から、最もあてはまる状況の一つ○してください。</u> 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 : ]		
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: <u>ア~クの中から、最もあてはまる理由の一つ○してください。</u> 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

## 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

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7年 7月 日

板橋区長 殿

届出者 所在地 東京都板橋区板橋〇-〇-〇

事業者名 社会福祉法人 〇〇〇

代表者名 板橋 太郎

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 名称	シャカイフクシホウジン 〇〇〇 社会福祉法人 〇〇〇		
	主たる事務所の所在地	〒(174-0001) 東京都板橋区板橋〇-〇-〇		
	連絡先	電話番号	03-3333-3333	FAX番号 #REF!
	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 板橋 太郎
	代表者の住所	〒(456-7890) 東京都板橋区志村〇-〇-〇		
施設 の 状 況	主たる事業所の所在地	〒(123-4567) 東京都板橋区成増〇-〇-〇		
	連絡先	電話番号	03-0000-0004	FAX番号 #REF!
	管理者の氏名	職名	管理者	氏名 高島 一郎
	管理者の住所	〒(123-4567) 東京都板橋区板橋〇-〇-〇		

(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 放課後等デイサービス	R7.10.1	1 新規 2 変更 3 終了		
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「○」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

提供サービス	特例による指定の有無	定員規模(※1)	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. 三級地 14. 四級地 15. 五級地 16. 六級地 17. 七級地 23. その他	令和7年10月1日	
障害児通所給付費					未就学児等支援区分	1. 非該当 2. I 3. II	令和7年10月1日
					定員超過	1. なし 2. あり	令和7年10月1日
					職員欠如	1. なし 2. あり	令和7年10月1日
					児童発達支援管理責任者欠如	1. なし 2. あり	令和7年10月1日
					開所時間減算	1. なし 2. あり	令和7年10月1日
					開所時間減算区分(※2)	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	令和7年10月1日
					支援プログラム未公表減算	1. なし 2. あり	令和7年10月1日
					身体拘束廃止未実施	1. なし 2. あり	令和7年10月1日
					虐待防止措置未実施	1. なし 2. あり	令和7年10月1日
					業務継続計画未策定	1. なし 2. あり	令和7年10月1日
					情報公表未報告	1. なし 2. あり	令和7年10月1日
					児童指導員等加配体制	1. なし 4. その他従業者 6. 常勤専従(経験5年以上) 7. 常勤専従(経験5年未満) 8. 常勤換算(経験5年以上) 9. 常勤換算(経験5年未満)	令和7年10月1日
					看護職員加配体制(重度)	1. なし 2. I 3. II	令和7年10月1日
					福祉専門職員配置等	1. なし 3. II 4. III 5. I	令和7年10月1日
					栄養士配置体制(※3)	1. なし 2. その他栄養士 3. 常勤栄養士 4. 常勤管理栄養士	令和7年10月1日
					食事提供加算区分	1. 非該当 2. I 3. II	令和7年10月1日
					強度行動障害加算体制	1. なし 2. あり	令和7年10月1日
					送迎体制	1. なし 2. あり	令和7年10月1日
					送迎体制(重度)	1. なし 2. あり	令和7年10月1日
					送迎体制(医ケア)	1. なし 2. あり	令和7年10月1日
					延長支援体制	1. なし 2. あり	令和7年10月1日
					専門的支援加算体制	1. なし 2. あり	令和7年10月1日
					中核機能強化加算対象	1. なし 2. I 3. II 4. III	令和7年10月1日
					中核機能強化事業所加算対象	1. なし 2. あり	令和7年10月1日
					視覚・聴覚等支援体制	1. なし 2. あり	令和7年10月1日
					人工内耳装用児支援体制	1. なし 2. I 3. II	令和7年10月1日
					入浴支援体制	1. なし 2. あり	令和7年10月1日
福祉・介護職員等処遇改善加算対象(※9)	1. なし 2. I 3. II 4. III 5. IV 6. V	令和7年10月1日					
福祉・介護職員等処遇改善加算(V)区分(※10)	1. V(1) 2. V(2) 3. V(3) 4. V(4) 5. V(5) 6. V(6) 7. V(7) 8. V(8) 9. V(9) 10. V(10) 11. V(11) 12. V(12) 13. V(13) 14. V(14)						
指定管理者制度適用区分	1. 非該当 2. 該当	令和7年10月1日					
共生型サービス対象区分	1. 非該当 2. 該当	令和7年10月1日					
共生型サービス体制強化(※4)	1. 非該当 2. I 3. II 4. III	令和7年10月1日					
共生型サービス体制強化(医療的ケア)(※4)	1. なし 2. あり	令和7年10月1日					
地域生活支援拠点等	1. 非該当 2. 該当	令和7年10月1日					
経過措置対象区分	1. 非該当 2. 該当	令和7年10月1日					

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。

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。

運営規程で定めている定員を入力してください。

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

障がいの種類を選択してください。

処遇改善加算を算定する場合には、算定月の前月15日までに計画書の提出が必要です。

旧医療型 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 (※2)	1. 4時間未満 2. 4時間以上6時間未満	
				支援プログラム未公表減算	1. なし 2. あり	
				身体拘束廃止未実施	1. なし 2. あり	
				虐待防止措置未実施	1. なし 2. あり	
				業務継続計画未策定	1. なし 2. あり	
				情報公表未報告	1. なし 2. あり	
				福祉専門職員配置等	1. なし 3. II 4. III 5. I	
				食事提供加算区分	1. 非該当 2. I 3. II	
				送迎体制 (重度)	1. なし 2. あり	
				送迎体制 (医ケア)	1. なし 2. あり	
				入浴支援体制	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・介護職員等処遇改善加算対象 (※9)	1. なし 2. I 3. II 4. III 5. IV 6. V	
福祉・介護職員等処遇改善加算 (V) 区分 (※10)	1. V (1) 2. V (2) 3. V (3) 4. V (4) 5. V (5) 6. V (6) 7. V (7) 8. V (8) 9. V (9) 10. V (10) 11. V (11) 12. V (12) 13. V (13) 14. V (14)					
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					

放課後等デイサービス

運営規程で定めている定員を入力してください。

10

障がいの種別を選択してください。

- 1. 重症心身障害以外
- 2. 重症心身障害

処遇改善加算を算定する場合には、算定月の前月15日までに計画書の提出が必要です。

定員超過	<input checked="" type="radio"/> なし 2. あり	令和7年10月1日
開所時間減算	<input checked="" type="radio"/> なし 2. あり	令和7年10月1日
開所時間減算区分 (※2)	1. 4時間未満 <input type="radio"/> 開設する事業について開始年月日を入力してください。	
職員欠如	<input checked="" type="radio"/> なし 2. あり	令和7年10月1日
児童発達支援管理責任者欠如	<input checked="" type="radio"/> なし 2. あり	令和7年10月1日
自己評価結果等未公表減算	<input checked="" type="radio"/> なし 2. あり	令和7年10月1日
支援プログラム未公表減算	<input checked="" type="radio"/> なし 2. あり	令和7年10月1日
身体拘束廃止未実施	<input checked="" type="radio"/> なし 2. あり	令和7年10月1日
虐待防止措置未実施	<input checked="" type="radio"/> なし 2. あり	令和7年10月1日
業務継続計画未策定	<input checked="" type="radio"/> なし 2. あり	令和7年10月1日
情報公表未報告	<input checked="" type="radio"/> なし 2. あり	令和7年10月1日
児童指導員等加配体制	<input type="radio"/> 1. なし 4. その他従業者 <input checked="" type="radio"/> 6. 常勤専従 (経験5年以上) 7. 常勤専従 (経験5年未満) 8. 常勤換算 (経験5年以上) 9. 常勤換算 (経験5年未満)	令和7年10月1日
看護職員加配体制 (重度)	<input checked="" type="radio"/> 1. なし 2. I 3. II	令和7年10月1日
福祉専門職員配置等	<input checked="" type="radio"/> 1. なし 3. II 4. III 5. I	令和7年10月1日
強度行動障害加算体制	<input checked="" type="radio"/> 1. なし 3. I 4. II	令和7年10月1日
送迎体制 (重度)	<input checked="" type="radio"/> 1. なし 2. あり	令和7年10月1日
送迎体制 (医ケア)	<input checked="" type="radio"/> 1. なし 2. あり	令和7年10月1日
延長支援体制	<input checked="" type="radio"/> 1. なし 2. あり	令和7年10月1日
専門的支援加算体制	<input checked="" type="radio"/> 1. なし 2. あり	令和7年10月1日
中核機能強化事業所加算対象	<input checked="" type="radio"/> 1. なし 2. あり	令和7年10月1日
個別サポート体制 (I)	<input checked="" type="radio"/> 1. なし 2. あり	令和7年10月1日
視覚・聴覚等支援体制	<input checked="" type="radio"/> 1. なし 2. あり	令和7年10月1日
人工内耳装用児支援体制	<input checked="" type="radio"/> 1. なし 2. あり	令和7年10月1日
入浴支援体制	<input checked="" type="radio"/> 1. なし 2. あり	令和7年10月1日
福祉・介護職員等処遇改善加算対象 (※9)	1. なし 2. I <input checked="" type="radio"/> 3. II 4. III 5. IV 6. V	令和7年10月1日
福祉・介護職員等処遇改善加算 (V) 区分 (※10)	1. V (1) 2. V (2) 3. V (3) 4. V (4) 5. V (5) 6. V (6) 7. V (7) 8. V (8) 9. V (9) 10. V (10) 11. V (11) 12. V (12) 13. V (13) 14. V (14)	
指定管理者制度適用区分	<input checked="" type="radio"/> 1. 非該当 2. 該当	令和7年10月1日
共生型サービス対象区分	<input checked="" type="radio"/> 1. 非該当 2. 該当	令和7年10月1日
共生型サービス体制強化 (※4)	<input checked="" type="radio"/> 1. 非該当 2. I 3. II 4. III	令和7年10月1日
共生型サービス体制強化 (医療的ケア) (※4)	<input checked="" type="radio"/> 1. なし 2. あり	令和7年10月1日
地域生活支援拠点等	<input checked="" type="radio"/> 1. 非該当 2. 該当	令和7年10月1日

保育所等訪問支援	訪問支援員特別体制	<input checked="" type="radio"/> 1. なし 2. あり	令和7年10月1日
	児童発達支援管理責任者欠如	<input checked="" type="radio"/> 1. なし	令和7年10月1日
	自己評価結果等未公表減算	<input checked="" type="radio"/> 1. なし	令和7年10月1日
	身体拘束廃止未実施	<input checked="" type="radio"/> 1. なし	令和7年10月1日
	虐待防止措置未実施	<input checked="" type="radio"/> 1. なし 2. あり	令和7年10月1日
	業務継続計画未策定 (※8)	<input checked="" type="radio"/> 1. なし 2. あり	令和7年10月1日
	情報公表未報告	<input checked="" type="radio"/> 1. なし 2. あり	令和7年10月1日
	多職種連携支援体制	<input checked="" type="radio"/> 1. なし 2. あり	令和7年10月1日
	強度行動障害加算体制	<input checked="" type="radio"/> 1. なし 2. あり	令和7年10月1日
	福祉・介護職員等処遇改善加算対象 (※9)	1. なし <input checked="" type="radio"/> 2. I 4. III 5. IV 6. V	令和7年10月1日
	福祉・介護職員等処遇改善加算 (V) 区分 (※10)	1. V (1) 2. V (2) 5. V (5) 7. V (7) 8. V (8) 10. V (10) 11. V (11) 13. V (13) 14. V (14)	
	指定管理者制度適用区分	<input checked="" type="radio"/> 1. 非該当 2. 該当	令和7年10月1日
	地域生活支援拠点等	<input checked="" type="radio"/> 1. 非該当 2. 該当	令和7年10月1日
	居宅訪問型 児童発達支援	訪問支援員特別体制	<input checked="" type="radio"/> 1. なし 2. あり
児童発達支援管理責任者欠如		<input checked="" type="radio"/> 1. なし 2. あり	令和7年10月1日
支援プログラム未公表減算		<input checked="" type="radio"/> 1. なし 2. あり	令和7年10月1日
身体拘束廃止未実施		<input checked="" type="radio"/> 1. なし 2. あり	令和7年10月1日
虐待防止措置未実施		<input checked="" type="radio"/> 1. なし 2. あり	令和7年10月1日
業務継続計画未策定 (※8)		<input checked="" type="radio"/> 1. なし 2. あり	令和7年10月1日
情報公表未報告		<input checked="" type="radio"/> 1. なし 2. あり	令和7年10月1日
多職種連携支援体制		<input checked="" type="radio"/> 1. なし 2. あり	令和7年10月1日
強度行動障害加算体制		<input checked="" type="radio"/> 1. なし 2. あり	令和7年10月1日
福祉・介護職員等処遇改善加算対象 (※9)		1. なし <input checked="" type="radio"/> 2. I 4. III 5. IV 6. V	令和7年10月1日
福祉・介護職員等処遇改善加算 (V) 区分 (※10)		1. V (1) 2. V (2) 5. V (5) 7. V (7) 8. V (8) 10. V (10) 11. V (11) 13. V (13) 14. V (14)	
指定管理者制度適用区分		<input checked="" type="radio"/> 1. 非該当 2. 該当	令和7年10月1日
地域生活支援拠点等		<input checked="" type="radio"/> 1. 非該当 2. 該当	令和7年10月1日

開設する事業について開始年月日を入力してください。

処遇改善加算を算定する場合には、算定月の前月15日までに計画書の提出が必要です。

処遇改善加算を算定する場合には、算定月の前月15日までに計画書の提出が必要です。

障害児入所給付費	福祉型障害児入所施設		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	重度障害児入所棟設置（知的・自閉）（※5）	1. なし 2. あり	
					重度肢体不自由児入所棟設置（※5）	1. なし 2. あり	開設する事業について開始年月日を入力してください。
					定員超過	1. なし 2. あり	
					身体拘束廃止未実施	1. なし 2. あり	
					虐待防止措置未実施	1. なし 2. あり	
					業務継続計画未策定	1. なし 2. あり	
					情報公表未報告	1. なし 2. あり	
					日中活動支援体制	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 3. I 4. II	
					心理担当職員配置体制（※6）	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（※3）	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 4. I 5. II 6. II（9～10人） 7. I・II 8. I・II（9～10人） 9. II・II（9～10人） 10. I・II・II（9～10人）	
					小規模グループケア体制（サテライト型）	1. なし 2. あり	
					ソーシャルワーカー配置体制	1. なし 2. あり	
					要支援児童加算（II）体制	1. なし 2. あり	
					福祉・介護職員等処遇改善加算対象（※9）	1. なし 2. I 3. II 4. III 5. IV 6. V	
					福祉・介護職員等処遇改善加算（V）区分（※10）	1. V（1） 2. V（2） 3. V（3） 4. V（4） 5. V（5） 6. V（6） 7. V（7） 8. V（8） 9. V（9） 10. V（10） 11. V（11） 12. V（12） 13. V（13） 14. V（14）	
					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						
障害者支援施設等感染対策向上体制	1. なし 2. I 3. II 4. I・II						

医療型障害児入所施設	50	1. 医療型障害児入所施設 2. 指定発達支援医療機関	重度障害児入所棟設置（知的・自閉）（※5）	1. なし 2. あり	令和7年10月1日
			重度肢体不自由児入所棟設置（※5）	1. なし 2. あり	令和7年10月1日
			定員超過	1. なし 2. あり	令和7年10月1日
			身体拘束廃止未実施	1. なし 2. あり	令和7年10月1日
			虐待防止措置未実施	1. なし 2. あり	令和7年10月1日
			業務継続計画未策定	1. なし 2. あり	令和7年10月1日
			情報公表未報告	1. なし 2. あり	令和7年10月1日
			重度障害児支援（強度行動障害）	1. なし 2. あり	令和7年10月1日
			強度行動障害加算体制	1. なし 3. I 4. II	令和7年10月1日
			心理担当職員配置体制（※6）	1. なし 2. I 3. II	令和7年10月1日
			自活訓練体制（I）	1. なし 2. あり	令和7年10月1日
			自活訓練体制（II）	1. なし 2. あり	令和7年10月1日
			福祉専門職員配置等	1. なし 3. II 4. III 5. I	令和7年10月1日
			保育職員加配	1. なし 2. あり	令和7年10月1日
			小規模グループケア体制	1. なし 4. I 5. II 6. II (9~10人) 7. I・II 8. I・II (9~10人) 9. II・II (9~10人) 10. I・II・II (9~10人)	令和7年10月1日
			ソーシャルワーカー配置体制	1. なし 2. あり	令和7年10月1日
			要支援児童加算（II）体制	1. なし 2. あり	令和7年10月1日
			福祉・介護職員等処遇改善加算対象（※9）	1. なし 2. I 3. II 4. III 5. IV 6. V	令和7年10月1日
			福祉・介護職員等処遇改善加算（V）区分（※10）	1. V (1) 2. V (2) 3. V (3) 4. V (4) 5. V (5) 6. V (6) 7. V (7) 8. V (8) 9. V (9) 10. V (10) 11. V (11) 12. V (12) 13. V (13) 14. V (14)	
			指定管理者制度適用区分	1. 非該当 2. 該当	令和7年10月1日
地域生活支援拠点等	1. 非該当 2. 該当	令和7年10月1日			
相談支援 障害児相談支援	相談支援機能強化型体制	1. なし 2. II 4. I 5. III 6. IV			
	虐待防止措置未実施	1. なし 2. あり			
	業務継続計画未策定（※8）	1. なし 2. あり			
	情報公表未報告	1. なし 2. あり			
	行動障害支援体制	1. なし 2. II 3. I			
	要医療児者支援体制	1. なし 2. II 3. I			
	精神障害者支援体制	1. なし 2. II 3. I			
	主任相談支援専門員配置	1. なし 2. II 3. I			
	ピアサポート体制	1. なし 2. あり			
	地域生活支援拠点等	1. 非該当 2. 該当			
	地域体制強化共同支援加算対象（※7）	1. なし 2. あり			
	地域生活支援拠点等機能強化体制	1. なし 2. あり			
	高次脳機能障害支援体制	1. なし 2. II 3. I			

運営規程で定めている定員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。

処遇改善加算を算定する場合には、算定月の前月15日までに計画書の提出が必要です。

- ※1 「定員規模」欄には、定員数を記入すること。
- ※2 「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。
- ※3 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。  
栄養士配置加算（II）については「2:その他栄養士」を選択する。  
栄養マネジメント加算については「4:常勤管理栄養士」を選択する。
- ※4 「共生型サービス対象区分」欄が「2. 該当」の場合に設定する。
- ※5 「重度障害児入所棟（知的・自閉）」及び「重度肢体不自由児入所棟」は、「厚生労働大臣が定める施設基準」の要件を満たすこと。
- ※6 「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。

- ※7 「地域体制強化共同支援加算対象」欄は、地域生活支援拠点等が「1. 非該当」の場合、「1. なし」または「2. あり」を設定する。  
地域生活支援拠点等が「2. 該当」の場合、「1. なし」を設定する。
- ※8 以下のサービスについて、「業務継続計画未策定」欄は、令和7年4月1日以降の場合に設定する。  
保育所等訪問支援、居宅訪問型児童発達支援、障害児相談支援
- ※9 「福祉・介護職員等処遇改善加算対象」欄は、令和7年4月1日以降の場合、「6. V」を設定しない。
- ※10 「福祉・介護職員等処遇改善加算(V)区分」欄は「福祉・介護職員等処遇改善加算対象」が「6. V」の場合に設定する。

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	板橋障がい児発達支援事業所			
1 異動区分	① 新規	② 変更	③ 終了	
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	新規開設のため、空白で提出してください。		
	6月			
	7月			
	8月			
	9月			
	10月			
	11月			
	12月			
	1月			
	2月			
	3月			
	合計			

※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○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。

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	板橋障がい児発達支援事業所	
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

「① 新規」を○で囲んでください。

備考 「異動区分」欄については、該当する番号に○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。

(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		
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		
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		

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。

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)

届出日を記入

1 事業所・施設の名称	板橋障がい児発達支援事業所
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	<table border="1"> <tr> <td>①</td> <td>生活支援員等の総数(常勤)</td> <td>3人</td> </tr> <tr> <td>②</td> <td>①のうち社会福祉士等の総数(常勤)</td> <td>2人</td> </tr> </table> <p>→ ①に占める②の割合が25%又は35%以上</p>	①	生活支援員等の総数(常勤)	3人	②	①のうち社会福祉士等の総数(常勤)	2人	有・無
①	生活支援員等の総数(常勤)	3人						
②	①のうち社会福祉士等の総数(常勤)	2人						
5 常勤職員の状況	<table border="1"> <tr> <td>①</td> <td>生活支援員等の総数(常勤換算)</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>②</td> <td>①のうち常勤の者の数</td> <td>人</td> </tr> </table> <p>→ ①に占める②の割合が75%以上</p> <p>上記の例では、②は66%以上となるため、(I)が算定可能です。</p>	①	生活支援員等の総数(常勤換算)	人	②	①のうち常勤の者の数	人	有・無
①	生活支援員等の総数(常勤換算)	人						
②	①のうち常勤の者の数	人						
6 勤続年数の状況	<table border="1"> <tr> <td>①</td> <td>生活支援員等の総数(常勤)</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>②</td> <td>①のうち勤続年数3年以上の者の数</td> <td>人</td> </tr> </table> <p>→ ①に占める②の割合が30%以上</p>	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	有・無
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						

備考1 「異動区分」、「届出項目」欄については、該当する番号に○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、

- 療養介護にあつては、生活支援員
- 生活介護にあつては、生活支援員又は共生型生活介護従業者
- 自立訓練(機能訓練)にあつては、生活支援員又は共生型自立訓練(機能訓練)従業者
- 自立訓練(生活訓練)にあつては、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
- 就労移行支援にあつては、職業指導員、生活支援員又は就労支援員
- 就労継続支援A型・B型にあつては、職業指導員又は生活支援員
- 自立生活援助にあつては、地域生活支援員
- 共同生活援助にあつては、世話人又は生活支援員(外部サービス利用型にあつては、世話人)
- 児童発達支援にあつては、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
- 医療型児童発達支援にあつては、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
- 放課後等デイサービスにあつては、(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。

児童指導員等加配加算に関する届出書

届出日を記入

事業所・施設の名称	板橋障がい児発達支援事業所			
サービス種別	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> ① 新規      ② 変更      ③ 終了			
2 従業者の状況	単位①      単位②			
	基準人員の配置ができています			
	上記、基準人員とは別に下記のいずれかが1名以上いる			
	常勤専従	経験5年以上の児童指導員等の員数(常勤専従)	1人	人
		児童指導員等の員数(常勤専従)	1人	人
	常勤換算	経験5年以上の児童指導員等の員数(常勤換算)	人	人
		児童指導員等の員数(常勤換算)	人	人
	その他	その他の従業者の員数(常勤換算)	人	人
	児童指導員等加配加算算定区分	<input checked="" type="radio"/> ア 児童指導員等(常勤専従・経験5年以上)		ア 児童指導員等(常勤専従・経験5年以上)
		<input type="radio"/> イ 児童指導員等(常勤専従)		イ 児童指導員等(常勤専従)
<input type="radio"/> ウ 児童指導員等(常勤換算・経験5年以上)			ウ 児童指導員等(常勤換算・経験5年以上)	
<input type="radio"/> エ 児童指導員等(常勤換算)			エ 児童指導員等(常勤換算)	
<input type="radio"/> オ その他従業者			オ その他従業者	

黄色のセルは、該当する箇所に○をしてください。

基準人員

(重心外、定員10名の場合)  
管理者、児発管(常勤)、児童指導員又は保育士(常勤)があり、営業時間に対し、必ず、児童指導員または保育士が2名以上配置できている  
(重心の場合)  
管理者、児発管があり、営業時間に対し、児童指導員又は保育士が1名以上、看護師が1名以上配置できている

- 備考1 「サービス種別」、「異動区分」欄については、該当するものを選択してください。
- 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欄に児童発達支援と放課後等デイサービスそれぞれ記載してください。
- 4 「経験5年以上の児童指導員等の員数(常勤専従)」「経験5年以上の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5年以上児童福祉事業に従事した経験を有する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、保育士、心理担当職員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、児童指導員、手話通訳士、手話通訳者、特別支援学校免許取得者、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。
- 5 「児童指導員等の員数(常勤専従)」「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福祉事業に従事した経験が5年に満たない理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、保育士、心理担当職員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、児童指導員、手話通訳士、手話通訳者、特別支援学校免許取得者、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。
- 6 基準人員の配置をしている場合は○を付してください。
- 7 常勤専従で加配する者については、基準人員で求められている常勤1以上に該当する従業者とは異なる者であることに留意ください。
- 8 経験5年以上の児童指導員等については、実務経験を証明する書類を添付してください。
- 9 算定区分について、該当項目に○を付してください。
- 10 資格等を求める配置については、配置する職員の資格等を証明する書類を添付してください。

(別添4-2)  
年 月 日

専門的支援体制加算に関する届出書

届出日を記入

事業所・施設の名称	板橋障がい児発達支援事業所			
サービス種別	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> ① 新規      ② 変更      ③ 終了			
2 従業者の状況		単位①	単位②	
	基準人員の配置ができています	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
	児童指導員等加配加算の対象職員ではない	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
	上記とは別に下記のいずれかの職員が1以上いる			
	常勤・常勤換算 理学療法士等の員数（保育士及び児童指導員を除く。）	1人	人	
	5年以上保育士の員数	人	人	
	5年以上児童指導員の員数	人	人	
専門的支援体制加算の算定対象となる従業者	<input checked="" type="radio"/>	ア 理学療法士等(保育士及び児童指導員を除く)	<input checked="" type="radio"/>	ア 理学療法士等(保育士及び児童指導員を除く)
	<input type="radio"/>	イ 5年以上保育士	<input type="radio"/>	イ 5年以上保育士
	<input type="radio"/>	ウ 5年以上児童指導員	<input type="radio"/>	ウ 5年以上児童指導員

黄色のセルは、  
該当する箇所に○をしてください。

**基準人員**  
(重心外、定員10名の場合)  
管理者、児発管(常勤)、児童指導員又は保育士(常勤)があり、営業時間に対し、必ず、児童指導員または保育士が2名以上配置できている  
(重心の場合)  
管理者、児発管があり、営業時間に対し、児童指導員又は保育士が1名以上、看護師が1名以上配置できている

- 備考1 「サービス種別」、「異動区分」欄については、該当するものを選択してください。
- 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、それぞれの員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欄に児童発達支援と放課後等デイサービスそれぞれ記載してください。
- 4 「理学療法士等の員数(保育士及び児童指導員を除く。)」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、心理担当職員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 「5年以上保育士の員数」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。
- 6 「5年以上児童指導員の員数」には、児童指導員として任用されてから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。
- 7 5年以上児童福祉事業に従事した経験については、実務経験を証明する書類を添付してください。
- 8 算定対象となる従業者については、該当項目に○を付してください。
- 9 資格等を求める配置については、配置する職員の資格等を証明する書類を添付してください。

(別添4-3)

年 月 日

専門的支援実施加算に関する届出書

届出日を記入

1 事業所の名称	板橋障がい児発達支援事業所
2 異動区分	<input checked="" type="radio"/> 新規                      2 変更                      3 終了

3 理学療法士等	理学療法士	1 名
	作業療法士	名
	言語聴覚士	名
	心理担当職員	名
	保育士（児童福祉事業経験5年以上）	1 名
	児童指導員（児童福祉事業経験5年以上）	1 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

- 備考1 「異動区分」欄については、該当するものを選択してください。
- 2 配置する職員の資格を証明する書類を添付してください。
- 3 保育士・児童指導員については実務経験を証明する書類を添付してください。
- 4 保育士・児童指導員については、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している必要があります。
- 5 資格等を求める配置については、配置する職員の資格等を証明する書類を添付してください。




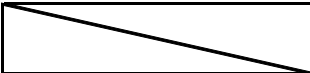
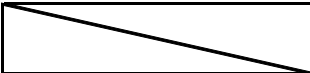
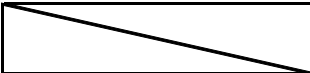


(別添6)

年 月 日

# 食事提供加算届出書

届出日を記入

事業所・施設の名称	板橋障がい児発達支援センター				
1 異動区分	<input checked="" type="radio"/> ① 新規                      ② 変更                      ③ 終了				
2 届出項目	<input checked="" type="radio"/> 1 食事提供加算(I)                      2 食事提供加算(II)				
3 調理室での調理	<input checked="" type="radio"/> ① 行っている                      ② 行っていない				
4 助言・指導を行う栄養士または管理栄養士					
食事提供加算 (I)	<table border="1"><tr><td></td><td>所属 氏名</td></tr><tr><td>栄養士</td><td>坂下 花子</td></tr></table>		所属 氏名	栄養士	坂下 花子
	所属 氏名				
栄養士	坂下 花子				
食事提供加算 (II)	<table border="1"><tr><td></td><td>所属 氏名</td></tr><tr><td>管理栄養士</td><td></td></tr></table>		所属 氏名	管理栄養士	
	所属 氏名				
管理栄養士					

- 備考1 「異動区分」欄については、該当するものを選択してください。
- 2 「届出項目」欄については、該当するものを選択してください。
- 3 「調理室での調理」の欄については、該当するものを選択してください。
- 4 助言、指導を行う栄養士または管理栄養士は、資格を証明する書類を添付してください。
- 5 資格等を求める配置については、配置する職員の資格等を証明する書類を添付してください。

(別添7)

年 月 日

届出日を記入

### 訪問支援員に関する届出書

(訪問支援員特別加算・多職種連携加算・ケアニーズ対応加算関係)

事業所・施設の名称	板橋障がい児発達支援事業所
サービス種別	② 保育所等訪問支援
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 徳丸 花子	保育士	平成20年4月	11年 月
			年 月
			年 月
			通算：11年 月

氏名	職種(資格)	資格取得日	障害児支援 経験年数
2			年 月
			年 月
			年 月
			通算： 年 月

氏名	職種(資格)	資格取得日	障害児支援 経験年数
3			年 月
			年 月
			年 月
			通算： 年 月

備考1 「異動区分」欄及び「サービス種別」欄については、該当するものを選択してください。

2 事業所に配置されている訪問支援員について記載してください。記入欄が不足する場合は、適宜追加してください。

3 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後の障害児支援事業所等の実務経験年数を記載してください。また、実務経験を証明する書類を添付してください。

4 資格等を求める配置については、配置する職員の資格等を証明する書類を添付してください。

届出日を記入

強度行動障害児支援加算に関する届出書  
(児童発達支援・居宅訪問型児童発達支援・保育所等訪問支援)

事業所・施設の名称	板橋障がい児発達支援事業所				
1 異動区分	① 新規 ② 終了				
2 サービス種別	① 児童発達支援 ② 居宅訪問型児童発達支援 ③ 保育所等訪問支援				
3 職員の勤務体制	<table border="1"><tr><td>○</td><td>1 強度行動障害支援者養成研修(実践研修)修了者 配置</td></tr><tr><td></td><td>2 強度行動障害支援者養成研修(基礎研修)修了者 配置</td></tr></table> <p>※ 1は必須 2は1が兼ねる場合も可</p>	○	1 強度行動障害支援者養成研修(実践研修)修了者 配置		2 強度行動障害支援者養成研修(基礎研修)修了者 配置
○	1 強度行動障害支援者養成研修(実践研修)修了者 配置				
	2 強度行動障害支援者養成研修(基礎研修)修了者 配置				

- 備考1 「異動区分」欄及び「サービス種別」欄については、該当するものを選択して下さい。
- 2 資格等を求める配置については、配置する職員の資格等を証明する書類を添付してください。
- 3 研修修了者を配置している場合は黄色枠に○をお示しください。

(別添8-2)

年 月 日

届出日を記入

強度行動障害児支援加算に関する届出書  
(放課後等デイサービス)

事業所・施設の名称	板橋障がい児発達支援事業所
1 異動区分	① 新規 ② 終了
2 届出項目	① 強度行動障害児支援加算 (I) ② 強度行動障害児支援加算 (II)
3 職員の体制	※加算 (I) ○ 1 強度行動障害支援者養成研修 (実践研修) 修了者 配置  ※加算 (II) 2 強度行動障害支援者養成研修 (中核的人材) 修了者 配置

備考1 「異動区分」欄については、該当するものを選択してください。

2 資格等を求める配置については、配置する職員の資格等を証明する書類を添付してください。

3 研修修了者を配置している場合は、黄色枠に○をお示しください。

(別添9)

年 月 日

届出日を記入

### 個別サポート加算（I）に関する届出書

事業所・施設の名称	板橋障がい児発達支援事業所
1 異動区分	<input checked="" type="radio"/> ① 新規 <input type="radio"/> ② 終了
2 サービス種別	放課後等デイサービス
3 職員の勤務体制	<input checked="" type="radio"/> 1 強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）修了者 配置

備考1 「異動区分」欄については、該当するものを選択してください。

2 資格等を求める配置については、配置する職員の資格等を証明する書類を添付してください。

(別添10)

年 月 日

届出日を記入

延長支援加算に関する届出書

1 事業所名	板橋障がい児発達支援事業所			
2 個別支援計画への記載	<input checked="" type="radio"/>	対象児童の個別支援計画に延長支援について記載する		
3 事業種別、対象児童、運営 規程上の営業時間 (いずれかに必ず○)		事業所種別	支援対象児童	営業時間
	<input checked="" type="radio"/>	・児童発達支援(重心) ・放課後等デイサービス(重心)	重症心身障害	8時間以上
		・共生型事業所、基準該当事業所	<del>重症心身障害</del>	
	<input checked="" type="radio"/>	・児童発達支援(重心) ・放課後等デイサービス(重心)	重症心身障害以外	6時間以上 (放デイは学校休業日)
		・児童発達支援(重心外)	重症心身障害 重症心身障害以外	
	【学校休業日】 ・放課後等デイサービス(重心外)			
	【授業終了後】 ・放課後等デイサービス(重心外)		<del>重症心身障害</del>	
4 延長支援時間帯に職員を2 以上配置しているか	<input checked="" type="radio"/> ①あり <input type="radio"/> ②なし			

備考 3について、事業種別及び支援対象児童を確認し、運営規定に定める営業時間が該当する場合は、黄色枠で○をお示しください。

## 送迎加算に関する届出書（重症心身障害児・医療的ケア児）

1 事業所の名称	板橋障がい児発達支援事業所			
2 異動区分	① 新規                      ② 変更                      ③ 終了			
3 サービス種別		① 児童発達支援（児童発達支援センター以外）		
		② 児童発達支援（児童発達支援センター）		
	○	③ 放課後等デイサービス		
4 送迎の対象に含まれる児童	① 重症心身障害児              2 医療的ケア児              3 1及び2			
5 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	常盤 花子	看護師	喀痰吸引の実施可
	2			
	3			
	計			

備考1 「異動区分」欄については、該当するものを選択してください。「サービス種別」欄については黄色枠に○で示してください。

2 重症心身障害児又は医療的ケア児に対して支援を提供する児童発達支援事業所、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それぞれ作成してください。

3 「送迎の対象に含まれる児童」欄については、該当するものを選択してください。

4 「喀痰吸引等の実施可否」欄については、送迎同乗者が実施可能な医療的ケアについて記載してください。