

様式第13号（第8条の7関係） 障害児施設医療受給者証再交付申請書

障害児施設医療受給者証再交付申請書 年 月 日					
愛媛県 児童相談所長 様					
住 所 保護者 氏 名 ㊟					
保護者	フリガナ		生年月日	年 月 日生	
	氏 名		施設受給者証番号		
	居 住 地	(郵便番号 -)			
	連 絡 先	電話番号		FAX番号	
提出者の欄は、保護者以外の者が申請書を提出する場合に記入すること。					
提出者	フリガナ		保護者との関係		
	氏 名				
	住 所	(郵便番号 -)			
	連 絡 先	電話番号		FAX番号	
障害児	フリガナ		生年月日	年 月 日生	
	氏 名		保護者との続柄		
	公費負担者番号		公費受給者番号		
申請の理由					

- 注1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。
 2 記名押印に代えて署名することができる。
 3 破損又は汚損の場合にあつては、その障害児施設医療受給者証（様式第12号の5）を添付すること。

様式第14号 (第9条関係) 高額障害児施設給付費支給申請書

高額障害児施設給付費支給申請書										
愛媛県知事 様					年 月 日					
住所 保護者 氏 名					(印)					
保 護 者	フリガナ				制 度	施設受給者証番号、受給者証番号又は被保険者証の番号				
	氏 名									
	生年月日	年	月	日生						
	居住地	(郵便番号 -)								
	連絡先	電話番号				FAX番号				
提出者の欄は、保護者以外の者が申請書を提出する場合に記入すること。										
提 出 者	フリガナ				申 請 者 と の 関 係					
	氏 名									
	住所	(郵便番号 -)								
連絡先	電話番号				FAX番号					
障 害 児	フリガナ				生年月日	年	月	日生		
	氏 名				保護者との続柄					
サービス利用月の利用者負担世帯合算額						申 請 に 係 る サ ー ビ ス 利 用 月	年 月 分			
サービス利用月の施設給付決定保護者利用者負担合算額										
同 一 世 帯 に 属 す る 給 付 決 定 保 護 者 以 外 の 給 付 決 定 障 害 者	氏 名		生年月日		制 度	施設受給者証番号、受給者証番号又は被保険者証の番号				
口 座 振 替 依 頼 書	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所		種 目	口座番号				
	金融機関コード		店舗コード							
					1 普通預金					
					2 当座預金					
					3 その他					
		フリガナ								
		口座名義人								

- 注1 用紙の大きさは、日本工業規格A 4とすること。
- 2 記名押印に代えて署名することができる。
- 3 □のある欄は、該当する□の中に✓印を付すること。
- 4 「制度」の欄は、児童福祉法施行規則（昭和23年厚生省令第11号）第25条の11第3号に規定する施設受給者証番号にあつては①を、障害者自立支援法施行規則（平成18年厚生労働省令第19号）第14条第3号に規定する受給者証番号にあつては②を、介護保険法施行規則（平成11年厚生労働省令第36号）第25条第1項第4号に規定する被保険者証の番号にあつては③を記入すること。
- 5 当該申請を行う施設給付決定保護者に係る利用者負担合算額及び施設給付決定保護者利用者負担合算額を証する書類を添付すること。

様式第15号（第11条関係） 指定知的障害児施設等指定（更新）申請書

指定知的障害児施設等指定（更新）申請書

年 月 日

愛媛県知事

様

設置者 主たる事務所の所在地
 名 称
 代表者の氏名



※事業所所在地市町番号

設置者	フリガナ			
	名称			
	主たる事務所の所在地		(郵便番号 —)	
	法人の種類別		法人所轄庁	
	連絡先		電話番号	FAX番号
	代表者の職名及び氏名		職 名	フリガナ 氏 名
	代表者の住所		(郵便番号 —)	
指定を受けようとする施設	フリガナ			
	名称			
	施設の所在地		(郵便番号 —)	
	施設種別		申請に係る事業の開始年月日	様 式
	同一施設内において行う事業等の種類			
事業者番号		児童福祉法（昭和22年法律第164号）において既に指定を受けている場合		

- 注1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。
- 2 不要の文字は、抹消すること。
- 3 ※印の欄は、記入しないこと。
- 4 「法人の種類別」の欄は、社会福祉法人、医療法人、社団法人、財団法人、株式会社等の別を記入すること。
- 5 「法人所轄庁」の欄は、申請者が許可、認可等を受けた法人の場合にあつては、当該許可、認可等を行つた官公署の名称を記入すること。
- 6 「事業者番号」の欄は、児童福祉法において既に指定を受けている場合に記入すること。
- 7 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか又は別葉に記載して添付すること。
- 8 同一所在地において行う事業等で他の法律において既に指定を受けているものがある場合は、その種類等を記載した書類を添付すること。

別紙 1

(その1) 知的障害児施設の指定に係る審査事項

施設	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 -)							
	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								
併設する施設	名称								
	概要								
当該支援の実施について定めてある定款、寄附行為等又は条例等							第 条第 項第 号		
他事業の実施の有無							<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
従業者の職種及び員数		医師		児童指導員		保育士		栄養士	
		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)								
備考									
※基準上の必要人数(人)									
※適合の可否									
		調理員							
		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)								
備考									
※基準上の必要人数(人)									
※適合の可否									
設備基準上の数値記載項目等		※基準上の必要値		□居室 □調理室 □浴室					
居室				1室の最大定員	人	人以下	□便所 □医務室 □静養室		
		障害児1人当たりの最小床面積	平方メートル	平方メートル	□職業指導に必要な設備				
利用者の推定数又は前年度の平均値		(人)							
主な揭示事項	入所定員	人 (過去3ヶ月の平均入所児 人)							
	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	□実施している			□実施していない			
	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				

- 注1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。
- 2 「併設する施設」の「概要」の欄は、施設の目的及び提供するサービスの内容等を記入すること。
- 3 □のある欄は、該当する□の中にレ印を付すること。
- 4 ※印の欄は、記入しないこと。
- 5 「利用者の推定数又は前年度の平均値」の欄は、更新申請の場合にあつては、前年度の平均利用者数を記入すること。
- 6 「主な揭示事項」の欄は、その内容を簡潔に記入すること。
- 7 「その他の費用」の欄は、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容及びその費用について記入すること。
- 8 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか又は別業に記載して添付すること。
- 9 次に掲げる書類を添付すること。
- (1) 設置者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等
 - (2) 建物の構造概要及び平面図並びに設備の概要を記載した書類
 - (3) 施設の管理者の経歴を記載した書類
 - (4) 運営規程
 - (5) 障害児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を記載した書類
 - (6) 当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類
 - (7) 当該申請に係る事業に係る資産の状況を記載した書類(貸借対照表、財産目録等)
 - (8) 当該申請に係る事業に係る障害児施設給付費の請求に関する事項を記載した書類
 - (9) 協力医療機関との契約の内容を記載した書類
 - (10) 契約制度の導入に伴い、利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規その他参考になるものを記載した書類
 - (11) 児童福祉法(昭和22年法律第164号)第24条の9第2項各号に該当しないことを誓約する書面

(その2) 第1種自閉症児施設(第2種自閉症児施設)の指定に係る審査事項

施設	フリガナ							
	名称							
	所在地	(郵便番号 -)						
管理者	フリガナ	電話番号		FAX番号				
	氏名	住所		(郵便番号 -)				
併設する施設	名称							
	概要							
当該支援の実施について定めてある定款、寄附行為等又は条例等				第 条第 項第 号				
他事業の実施の有無				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
従業者の職種及び員数	医師		看護師		児童指導員		保育士	
	専従		専従		専従		専従	
	兼務		兼務		兼務		兼務	
	従業者数	常勤(人)						
		非常勤(人)						
	備考							
	※基準上の必要人数(人)							
	※適合の可否							
	栄養士		調理師					
	専従		専従		専従		専従	
兼務		兼務		兼務		兼務		
従業者数	常勤(人)							
	非常勤(人)							
備考								
※基準上の必要人数(人)								
※適合の可否								
設備基準上の数値記載項目等			※基準上の必要値			<input type="checkbox"/> 観察室 <input type="checkbox"/> 静養室 <input type="checkbox"/> 訓練室 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 調理室 <input type="checkbox"/> 便所 <input type="checkbox"/> 医務室		
居室	1室の最大定員	人		人以下				
	障害児1人当たりの最小床面積	平方メートル		平方メートル				
利用者の推定数又は前年度の平均値(人)								
主な揭示事項	入所定員	人(過去3ヶ月の平均入所児 人)						
	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	<input type="checkbox"/> 実施している <input type="checkbox"/> 実施していない					
		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				

- 注1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。
- 2 不要の文字は、抹消すること。
- 3 「併設する施設」の「概要」の欄は、施設の目的及び提供するサービスの内容等を記入すること。
- 4 □のある欄は、該当する□の中にレ印を付すること。
- 5 ※印の欄は、記入しないこと。
- 6 「利用者の推定数又は前年度の平均値」の欄は、更新申請の場合にあつては、前年度の平均利用者数を記入すること。
- 7 「主な揭示事項」の欄は、その内容を簡潔に記入すること。
- 8 「その他の費用」の欄は、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容及びその費用について記入すること。
- 9 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか又は別葉に記載して添付すること。
- 10 次に掲げる書類を添付すること。
- (1) 設置者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等
 - (2) 医療法(昭和23年法律第205号)第7条の許可を受けている場合にあつては、その許可を受けたことを証する書類
 - (3) 建物の構造概要及び平面図並びに設備の概要を記載した書類
 - (4) 施設の管理者の経歴を記載した書類
 - (5) 運営規程
 - (6) 障害児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を記載した書類
 - (7) 当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類
 - (8) 当該申請に係る事業に係る資産の状況を記載した書類(貸借対照表、財産目録等)
 - (9) 当該申請に係る事業に係る障害児施設給付費及び障害児施設医療費の請求に関する事項を記載した書類
 - (10) 第2種自閉症児施設であつて、医療法第7条の許可を受けていない場合にあつては、協力医療機関との契約の内容を記載した書類
 - (11) 契約制度の導入に伴い、利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規その他参考になるものを記載した書類
 - (12) 児童福祉法(昭和22年法律第164号)第24条の9第2項各号に該当しないことを誓約する書面

別紙 2 知的障害児通園施設の指定に係る審査事項

施設	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 -)									
管理者	連絡先	電話番号			FAX番号						
	フリガナ				住所	(郵便番号 -)					
併設する施設	名称										
	概要										
当該支援の実施について定めてある定款、寄附行為等又は条例等								第 条第 項第 号			
他 事 業 の 実 施 の 有 無								<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
従業者の職種及び員数			医 師		児 童 指 導 員		保 育 士		栄 養 士		
			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)									
	備 考										
	※基準上の必要人数(人)										
	※適合の可否										
			調 理 員								
			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)											
備 考											
※基準上の必要人数(人)											
※適合の可否											
設備基準上の数値記載項目等			※ 基 準 上 値 の 必 要 値		<input type="checkbox"/> 指導室 <input type="checkbox"/> 遊技室 <input type="checkbox"/> 屋外遊戯場 <input type="checkbox"/> 医務室 <input type="checkbox"/> 静養室 <input type="checkbox"/> 相談室 <input type="checkbox"/> 調理室 <input type="checkbox"/> 浴室又はシャワー室 <input type="checkbox"/> 便所						
指導室	1室の最大定員	人	人								
	障害児1人当たりの最小床面積	平方メートル	平方メートル								
遊戯室	1室の最大定員	人	人								
	障害児1人当たりの最小床面積	平方メートル	平方メートル								
利用者の推定数又は前年度の平均値(人)											
主な 掲 示 事 項	入 所 定 員	人 (過去3ヶ月の平均入所児 人)									
	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	<input type="checkbox"/> 実施している <input type="checkbox"/> 実施していない								
		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			

- 注1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。
- 2 「併設する施設」の「概要」の欄は、施設の目的及び提供するサービスの内容等を記入すること。
- 3 □のある欄は、該当する□の中にレ印を付すること。
- 4 ※印の欄は、記入しないこと。
- 5 「利用者の推定数又は前年度の平均値」の欄は、更新申請の場合にあつては、前年度の平均利用者数を記入すること。
- 6 「主な掲示事項」の欄は、その内容を簡潔に記入すること。
- 7 「その他の費用」の欄は、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容及びその費用について記入すること。
- 8 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか又は別葉に記載して添付すること。
- 9 次に掲げる書類を添付すること。
- (1) 設置者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等
 - (2) 建物の構造概要及び平面図並びに設備の概要を記載した書類
 - (3) 施設の管理者の経歴を記載した書類
 - (4) 運営規程
 - (5) 障害児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を記載した書類
 - (6) 当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類
 - (7) 当該申請に係る事業に係る資産の状況を記載した書類(貸借対照表、財産目録等)
 - (8) 当該申請に係る事業に係る障害児施設給付費の請求に関する事項を記載した書類
 - (9) 協力医療機関との契約の内容を記載した書類
 - (10) 契約制度の導入に伴い、利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規その他参考になるものを記載した書類
 - (11) 児童福祉法(昭和22年法律第164号)第24条の9第2項各号に該当しないことを誓約する書面

別紙3 盲児施設（ろうあ児施設・難聴幼児通園施設）の指定に係る審査事項

施 設	フリガナ							
	名 称							
	所在地	(郵便番号 -)						
管 理 者	フリガナ	電話番号			FAX番号			
	氏 名	住 所		(郵便番号 -)				
併 設 する 施 設	名 称							
	概 要							
当該支援の実施について定めてある定款、寄附行為等又は条例等		第 条第 項第 号						
他 事 業 の 実 施 の 有 無		□有 □無						
従 業 者 の 職 種 及 び 員 数	医 師		児 童 指 導 員		保 育 士		聴 能 訓 練 担 当 職 員	
	専 従		専 従		専 従		専 従	
	兼 務		兼 務		兼 務		兼 務	
	従 業 者 数	常 勤 (人)						
		非 常 勤 (人)						
	備 考							
	※基準上の必要人数 (人)							
	※適合の可否							
	言 語 機 能 訓 練 担 当 職 員		栄 養 士		調 理 員			
	専 従		専 従		専 従		専 従	
兼 務		兼 務		兼 務		兼 務		
従 業 者 数	常 勤 (人)							
	非 常 勤 (人)							
備 考								
※基準上の必要人数 (人)								
※適合の可否								
設 備 上 の 配 慮 点								
設備基準上の数値記載項目等		※基準上の必要値		<input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 講堂 <input type="checkbox"/> 遊戯室 <input type="checkbox"/> 訓練室 <input type="checkbox"/> 職業指導に必要な設備 <input type="checkbox"/> 音楽に関する設備 <input type="checkbox"/> 調理室 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 便所 <input type="checkbox"/> 医務室 <input type="checkbox"/> 静養室 <input type="checkbox"/> 浴室及び便所の手すり <input type="checkbox"/> 特殊表示等身体の機能の不自由を助ける設備 <input type="checkbox"/> 映写に関する設備 <input type="checkbox"/> 観察室 <input type="checkbox"/> 聴力検査室 <input type="checkbox"/> 相談室				
居 室	1室の最大定員	人	人以下					
	障害児1人当たりの最小床面積	平方メートル	平方メートル					
利用者の推定数又は前年度の平均値 (人)								
主 な 掲 示 事 項	入 所 定 員	人 (過去3ヶ月の平均入所児 人)						
	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	□実施している □実施していない					
	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		

注1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。

- 2 不要の文字は、抹消すること。
- 3 「併設する施設」の「概要」の欄は、施設の目的及び提供するサービスの内容等を記入すること。
- 4 □のある欄は、該当する□の中にレ印を付すること。
- 5 ※印の欄は、記入しないこと。
- 6 「利用者の推定数又は前年度の平均値」の欄は、更新申請の場合にあつては、前年度の平均利用者数を記入すること。
- 7 「主な掲示事項」の欄は、その内容を簡潔に記入すること。
- 8 「その他の費用」の欄は、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容及びその費用について記入すること。
- 9 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか又は別業に記載して添付すること。
- 10 次に掲げる書類を添付すること。
 - (1) 設置者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等
 - (2) 建物の構造概要及び平面図並びに設備の概要を記載した書類
 - (3) 施設の管理者の経歴を記載した書類
 - (4) 運営規程
 - (5) 障害児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を記載した書類
 - (6) 当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類
 - (7) 当該申請に係る事業に係る資産の状況を記載した書類（貸借対照表、財産目録等）
 - (8) 当該申請に係る事業に係る障害児施設給付費の請求に関する事項を記載した書類
 - (9) 協力医療機関との契約の内容を記載した書類
 - (10) 契約制度の導入に伴い、利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規その他参考になるものを記載した書類
 - (11) 児童福祉法（昭和22年法律第164号）第24条の9第2項各号に該当しないことを誓約する書面

別紙 4

(その1) 肢体不自由児施設(肢体不自由児通園施設)の指定に係る審査事項

施設	フリガナ										
	名 称										
	所在地	(郵便番号 -)									
管理者	フリガナ	電話番号			FAX番号						
	氏 名	住 所		(郵便番号 -)							
併設する施設	名 称										
	概 要										
当該支援の実施について定めてある定款、寄附行為等又は条例等				第 条第 項第 号							
他 事 業 の 実 施 の 有 無				□有 □無							
従業者の職種及び員数			医 師		看 護 師		児 童 指 導 員		保 育 士		
			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)								
	備 考										
	※基準上の必要人数		(人)								
	※適合の可否										
			理学療法士又は作業療法士		職業指導員						
			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)								
	備 考										
※基準上の必要人数		(人)									
※適合の可否											
設 備 上 の 配 慮 点											
<input type="checkbox"/> 訓練室 <input type="checkbox"/> 屋外訓練場 <input type="checkbox"/> 講堂 <input type="checkbox"/> 図書室 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> ギブス室 <input type="checkbox"/> 特殊手工芸等の作業を指導するのに必要な設備 <input type="checkbox"/> 義肢装具を製作する設備 <input type="checkbox"/> 浴室及び便所の手すり等身体の機能の不自由を助ける設備 <input type="checkbox"/> 相談室 <input type="checkbox"/> 調理室											
利 用 者 の 推 定 数 又 は 前 年 度 の 平 均 値 (人)											
主 な 掲 示 事 項	入 所 定 員		人 (過去3ヶ月の平均入所児 人)								
	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		□実施している □実施していない						
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者					
		そ の 他									

- 注1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。
- 2 不要の文字は、抹消すること。
- 3 「併設する施設」の「概要」の欄は、施設の目的及び提供するサービスの内容等を記入すること。
- 4 □のある欄は、該当する□の中にレ印を付すること。
- 5 ※印の欄は、記入しないこと。
- 6 「利用者の推定数又は前年度の平均値」の欄は、更新申請の場合にあつては、前年度の平均利用者数を記入すること。
- 7 「主な掲示事項」の欄は、その内容を簡潔に記入すること。
- 8 「その他の費用」の欄は、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容及びその費用について記入すること。
- 9 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか又は別葉に記載して添付すること。
- 10 次に掲げる書類を添付すること。
- 設置者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等
 - 医療法(昭和23年法律第205号)第7条の許可を受けたことを証する書類
 - 建物の構造概要及び平面図並びに設備の概要を記載した書類
 - 施設の管理者の経歴を記載した書類
 - 運営規程
 - 障害児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を記載した書類
 - 当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類
 - 当該申請に係る事業に係る資産の状況を記載した書類(貸借対照表、財産目録等)
 - 当該申請に係る事業に係る障害児施設給付費及び障害児施設医療費の請求に関する事項を記載した書類
 - 契約制度の導入に伴い、利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規その他参考になるものを記載した書類
 - 児童福祉法(昭和22年法律第164号)第24条の9第2項各号に該当しないことを誓約する書面

(その2) 肢体不自由児療護施設の指定に係る審査事項

施設	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 -)									
	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										
併設する施設	名称										
	概要										
当該支援の実施について定めてある定款、寄附行為等又は条例等		第 条第 項第 号									
他 事 業 の 実 施 の 有 無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無									
従業者の職種及び員数		医 師		児 童 指 導 員		保 育 士		看 護 師			
		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)										
備 考											
※基準上の必要人数 (人)											
※適合の可否											
		栄 養 士		調 理 員		職 業 指 導 員					
		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)										
備 考											
※基準上の必要人数 (人)											
※適合の可否											
設 備 上 の 配 慮 点											
設 置 部 分 等		<input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 医務室 <input type="checkbox"/> 静養室 <input type="checkbox"/> 訓練室 <input type="checkbox"/> 屋外訓練場 <input type="checkbox"/> 調理室 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 便所 <input type="checkbox"/> 浴室及び便所の手すり等身体の不自由を助ける設備									
利 用 者 の 推 定 数 又は前年度の平均値 (人)											
主 な 掲 示 事 項	入 所 定 員	人 (過去3ヶ月の平均入所見 人)									
	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	<input type="checkbox"/> 実施している <input type="checkbox"/> 実施していない								
	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				

- 注1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。
- 2 「併設する施設」の「概要」の欄は、施設の目的及び提供するサービスの内容等を記入すること。
- 3 のある欄は、該当するの中にレ印を付すること。
- 4 ※印の欄は、記入しないこと。
- 5 「利用者の推定数又は前年度の平均値」の欄は、更新申請の場合にあつては、前年度の平均利用者数を記入すること。
- 6 「主な掲示事項」の欄は、その内容を簡潔に記入すること。
- 7 「その他の費用」の欄は、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容及びその費用について記入すること。
- 8 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか又は別業に記載して添付すること。
- 9 次に掲げる書類を添付すること。
- (1) 設置者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等
 - (2) 建物の構造概要及び平面図並びに設備の概要を記載した書類
 - (3) 施設の管理者の経歴を記載した書類
 - (4) 運営規程
 - (5) 障害児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を記載した書類
 - (6) 当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類
 - (7) 当該申請に係る事業に係る資産の状況を記載した書類(貸借対照表、財産目録等)
 - (8) 当該申請に係る事業に係る障害児施設給付費の請求に関する事項を記載した書類
 - (9) 協力医療機関との契約の内容を記載した書類
 - (10) 契約制度の導入に伴い、利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規その他参考になるものを記載した書類
 - (11) 児童福祉法(昭和22年法律第164号)第24条の9第2項各号に該当しないことを誓約する書面

別紙 5 重症心身障害児施設の指定に係る審査事項

施設	フリガナ						
	名称						
	所在地	(郵便番号 -)					
管理者	フリガナ	電話番号	FAX番号				
	氏名	住所		(郵便番号 -)			
併設する施設	名称						
	概要						
当該支援の実施について定めてある定款、寄附行為等又は条例等		第 条第 項第 号					
他事業の実施の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
従業者の職種及び員数			医師	看護師	児童指導員	保育士	
			専従	専従	専従	専従	
			兼務	兼務	兼務	兼務	
	従業者数	常勤	(人)				
		非常勤	(人)				
	備考						
	※基準上の必要人数(人)						
	※適合の可否						
			心理指導担当職員	理学療法士又は作業療法士			
			専従	専従	専従	専従	
		兼務	兼務	兼務	兼務		
従業者数	常勤	(人)					
	非常勤	(人)					
備考							
※基準上の必要人数(人)							
※適合の可否							
設備上の配慮点							
設置部分等			<input type="checkbox"/> 観察室 <input type="checkbox"/> 訓練室 <input type="checkbox"/> 看護師詰所 <input type="checkbox"/> 浴室				
利用者の推定数又は前年度の平均値		(人)					
主な 掲 示 事 項	入所定員	人 (過去3ヶ月の平均入所児 人)					
	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	<input type="checkbox"/> 実施している <input type="checkbox"/> 実施していない				
	苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)			担当者		
	その他						

- 注1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。
- 2 「併設する施設」の「概要」の欄は、施設の目的及び提供するサービスの内容等を記入すること。
- 3 のある欄は、該当するの中にレ印を付すること。
- 4 ※印の欄は、記入しないこと。
- 5 「利用者の推定数又は前年度の平均値」の欄は、更新申請の場合にあつては、前年度の平均利用者数を記入すること。
- 6 「主な掲示事項」の欄は、その内容を簡潔に記入すること。
- 7 「その他の費用」の欄は、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容及びその費用について記入すること。
- 8 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか又は別葉に記載して添付すること。
- 9 次に掲げる書類を添付すること。
- (1) 設置者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等
 - (2) 医療法(昭和23年法律第205号)第7条の許可を受けたことを証する書類
 - (3) 建物の構造概要及び平面図並びに設備の概要を記載した書類
 - (4) 施設の管理者の経歴を記載した書類
 - (5) 運営規程
 - (6) 障害児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を記載した書類
 - (7) 当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類
 - (8) 当該申請に係る事業に係る資産の状況を記載した書類(貸借対照表、財産目録等)
 - (9) 当該申請に係る事業に係る障害児施設給付費及び障害児施設医療費の請求に関する事項を記載した書類
 - (10) 契約制度の導入に伴い、利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規その他参考になるものを記載した書類
 - (11) 児童福祉法(昭和22年法律第164号)第24条の9第2項各号に該当しないことを誓約する書面

様式第16号（第12条関係） 指定知的障害児施設等変更届出書

指 定 知 的 障 害 児 施 設 等 変 更 届 出 書

年 月 日

愛媛県知事 様

主たる事務所の所在地
届出者 名 称
代 表 者 の 氏 名



事業所番号

指定内容を変更した施設	名 称		
	所 在 地		
	支 援 の 種 類		
変更があつた事項		変更の内容	
		変更前	変更後
1	施 設 の 名 称		
2	施 設 の 所 在 地		
3	設 置 者 の 名 称 及 び 主 たる 事 務 所 の 所 在 地		
4	代 表 者 の 氏 名 及 び 住 所		
5	定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等 (当該指定に係る事業に関するものに限る。)		
6	医療法（昭和23年法律第205号）第7条の許可を 受けた病院又は診療所であることを証する書類		
7	建 物 の 構 造 概 要 及 び 平 面 図		
8	設 備 の 概 要		
9	施 設 の 管 理 者 の 氏 名 、 経 歴 及 び 住 所		
10	運 営 規 程		
11	障 害 児 施 設 給 付 費 及 び 障 害 児 施 設 医 療 費 の 請 求 に 関 する 事 項		
12	併設施設における利用定員数又は当該施設の入所者の定員		
変 更 年 月 日		年 月 日	

- 注1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。
- 2 該当する項目の番号に○を付すること。
- 3 変更前と変更後の記載を明らかにした書類を添付すること。
- 4 記入欄が不足する場合は、別葉に記載して添付すること。
- 5 変更の日から10日以内に届け出ること。

様式第17号 (第13条関係) 指定知的障害児施設等指定辞退申出書

指定知的障害児施設等指定辞退申出書

年 月 日

愛媛県知事 様

主たる事務所の所在地
設置者 名 称
代表者の氏名



事業者番号														
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

指定を辞退する施設	名称	
	所在地	

指定を受けた年月日	年 月 日
-----------	-------

指定を辞退する年月日	年 月 日
------------	-------

指定を辞退する理由

現に便宜を受け、又は入所している者に対する措置

- 注1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。
- 2 記入欄が不足する場合は、別葉に記載して添付すること。
- 3 指定を辞退する日の3月前までに届け出ること。