

変更の届出が必要な場合（障害者総合支援法第46条、同法施行規則第34条の23ほか）

	必要（添付）書類	居宅介護 重度訪問 同行援護 行動援護	療養 介護	生活 介護	短期 入所	重度 包括 支援	自立訓練		就労 移行	就労継続		就労 定着	自立 生活 援助	共同 生活 援助	障害者 支援 施設	一般 相談 支援
							機能	生活		A型	B型					
1	事業所（施設）の名称	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	事業所（施設）の所在地（施設の設置の場所）	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	届出者（設置者）の名称 届出者（設置者）の主たる事務所の所在地	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	届出者（設置者）の代表者の氏名、生年月日、住所又は職名	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	届出者（設置者）の定款等（定款等は就労継続支援A型事業所に限る。）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	提供する障害福祉サービスの種類	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	第三者に委託することにより提供する障害福祉サービスの種類又は第三者の事業所の名称若しくは所在地	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	事業所の平面図並びに設備の概要	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	従たる事業所の追加又は休止・廃止、若しくは移転	-	-	○	-	-	○	○	○	○	○	-	-	-	○	-
10	共同生活援助の追加又は休止・廃止、若しくは移転	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	○	-	-
11	事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日、住所又は経歴	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
12	事業所のサービス提供責任者の氏名、生年月日、住所又は経歴	○	-	-	-	○	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13	事業所（施設）のサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所又は経歴	-	○	○	-	-	○	○	○	○	○	○	○	○	○	-
14	事業所の相談支援専門員の氏名、生年月日、住所及び経歴	-	-	-	-	○	-	-	-	-	-	-	-	-	-	○
15	事業の主たる対象者	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
16	運営規定	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
17	事業所の種別（併設型・空床型の別）	-	-	-	○	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18	併設型における利用者の推定数又は空床型における当該施設の入所定員	-	-	-	○	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
19	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内容	-	-	○	○	○	○	○	○	○	○	-	-	○	○	-
20	他の障害福祉サービス等を行う者との連携体制及び支援の体制の概要	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	○	-	-	-
21	利用定員	-	○	○	○	○	○	○	○	○	○	-	-	○	○	-
22	生活介護、療養介護又は施設入所支援の単位数	-	○	○	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	○	-
23	介護給付費等の請求に関する事項	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	-
24	共同生活援助の種別（介護サービス包括型・日中サービス支援型・外部サービス利用者型）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	○	-	-
25	連携する公共職業安定所等の名称	-	-	-	-	-	-	-	○	-	-	-	-	-	-	-

※上記以外の事項に変更があった場合は、石川県障害保健福祉課にお問い合わせください。