

付表7 障害児入所支援(医療型障害児入所施設)の指定に係る記載事項

主として入所させる児童の障害の種別  
( )

受付番号

施設	フリガナ 名称									
	所在地	(郵便番号 - )								
	フリガナ									
管理者	連絡先	電話番号					FAX番号			
	フリガナ 氏名				住所	(郵便番号 - )				
当該支援の実施について定めてある定款又は条例等の条文					第 条第 項第 号					
併設する施設の名称及び概要		名称								
		概要								
児童発達支援 管理責任者	フリガナ 氏名				住所	(郵便番号 - )				
従業者の職種・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)									
常勤換算後の人数(人)										
基準上の必要人数(人)										
従業者数		心理指導担当職員		理学療法士又は作業療法士		児童発達支援管理責任者		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)									
常勤換算後の人数(人)										
基準上の必要人数(人)										
設備上の配慮点										
設置部分等 (該当部分を○でかこむ)		訓練室 浴室 静養室 屋外訓練場 ギブス室 特殊工芸の作業を指導するのに必要な設備 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								
主な掲示事項										
入所定員		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		している・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								
協力歯科医療機関		名称								

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
3. 「併設する施設の名称及び概要」欄には、施設の目的及び提供するサービスの内容等を記載してください。
4. 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
5. 「その他の費用」欄には、入所児又は保護者等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記載してください。