



栃木県公報

平成24年
3月30日(金)
号外
第32号

目次

規 則

- 障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設及び指定相談支援事業者の指定等に関する規則の一部改正…………… 1
- 児童福祉法に基づく指定知的障害児施設等の指定等に関する規則の一部改正…………… 8
- 児童福祉法に基づく障害児施設給付費等の支給等に関する規則の一部改正…………… 22

規 則

栃木県規則第十五号

障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設及び指定相談支援事業者の指定等に関する規則の一部を改正する規則を次のように定める。

平成二十四年三月三十日

栃木県知事 福田 富一

障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設及び指定相談支援事業者の指定等に関する規則の一部を改正する規則

障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設及び指定相談支援事業者の指定等に関する規則（平成十八年栃木県規則第五十号）の一部を次のように改正する。

題名中「指定相談支援事業者」を「指定一般相談支援事業者」に改める。

第一条中「障害者自立支援法に基づく指定相談支援の事業の人員及び運営に関する基準（平成十八年厚生労働省令第七十三号）」を「障害者自立支援法に基づく指定地域相談支援の事業の人員及び運営に関する基準（平成二十四年厚生労働省令第二十七号）」に、「指定相談支援事業者」を「指定一般相談支援事業所」に改める。

第二条の表一の項中「（法第四十条において準用する場合を含む。第四条において同じ。）若しくは第三十八条第二項」を「、第三十八条第二項若しくは第五十一条の十九第一項」に改め、「第四十一条第二項」の下に「若しくは第五十一条の二十一第一項」を加え、同表三の項中「第四十六条」を「第四十六条第一項若しくは第三項又は第五十一条の二十五第一項」に改め、同表四の項中「第四十六条第一項」の下に「若しくは第五十一条の二十五第二項」を加え、「廃止、休止又は再開」を「再開又は法第四十六条第二項若しくは第五十一条の二十五第二項の規定による廃止若しくは休止」に改める。

第四条第一項中「若しくは第三十九条第二項」を「、第三十九条第二項若しくは第五十一条の十九第一項」に、「若しくは第四十七条」を「、第四十七条若しくは第五十一条の二十五第一項若しくは第二項」に改め、「及び第四項」を削り、「同じ。）」の下に「若しくは第五十一条の二十九第一項」を加え、同条第二項中「第四十六条第一項」を「第四十六条第二項若しくは第五十一条の二十五第二項」に改め、「第五十条第一項」の下に「若しくは第五十一条の二十九第一項」を加える。

第五条中「第五十一条」の下に「又は第五十一条の三十第一項」を加える。

「指定障害福祉サービス事業所

別記様式第一号中 指定障害者支援施設指定申請書 を
指定相談支援事業所 」

「指定障害福祉サービス事業所

指定障害者支援施設指定申請書 に、「指定障害者支援施設・指定相談支援事業所」を「指定障害者指定一般相談支援事業所

」に、
者支援施設・指定一般相談支援事業所」に、

指定相
談支援

を

指定一般
相談支援

に改める。

事業所 事業所

別記様式第1号付表四を次のように改める。

付表4 削除

別記様式第1号付表十(1)中

身 体 障 害 者					知的障害者	精神障害者	
細分無し	肢体不自由	視覚障害	聴覚・言語	内部障害			
事業所が申告する障害程度区分の平均値							
サービス単位	4	未	満	4	以	上	
サービス単位1							
サービス単位2							
サービス単位3							
生活介護	児童デイ	自立訓練 (機能訓練)	自立訓練 (生活訓練)	就労移行支援 (通常)	就労移行支援 (あはき)	就労継続支援 (A型)	就労継続支援 (B型)
サービス単位	サービス単位						
有	無	有	無				
有				無			
※ 生活介護	児童デイ	自立訓練 (機能訓練)	自立訓練 (生活訓練)	就労移行支援 (通常)	就労移行支援 (あはき)	就労継続支援 (A型)	就労継続支援 (B型)

セ

身 体 障 害 者					知的障害者	精神障害者
細分無し	肢体不自由	視覚障害	聴覚・言語	内部障害		

事業所が申告する障害程度区分の平均値						
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						
サービス単位2						
サービス単位3						
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 (通常)	就労移行支援 (あはき)	就労継続支援 (A型)	就労継続支援 (B型)
サービス単位						
有			無			
※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 (通常)	就労移行支援 (あはき)	就労継続支援 (A型)	就労継続支援 (B型)

に改める。

る。

別記様式第一号付表十四を次のように改める。

付表14 指定一般相談支援事業所の指定に係る記載事項

受 付 番 号	
---------	--

事 業 所	フリガナ				
	名 称				
	所 在 地	(郵便番号 -) 栃木県 郡市			
	連 絡 先	電話番号		F A X 番号	

当該事業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

管 理 者	フリガナ		住所	(郵便番号 -)
	氏 名			
	生 年 月 日			
	当該相談支援事業所における相談支援専門員との兼務の有無			有 ・ 無
	他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合記入）			有 ・ 無
	事業所の名称		兼務する職種	
事業の種類		勤務時間		

従 業 者 の 職 種 ・ 員 数	/	地域移行支援・地域定着支援に従事する者			
		相談支援専門員		その他の者	
		専	従兼	専	従兼
		常 勤 (人)			
		非 常 勤 (人)			
常勤換算後の人数 (人)					
他の事業所又は施設の従業者との兼務（ある場合、別紙に記載）				有 ・ 無	

常 時 の 連 絡 体 制 の

確保の具体的方法 (地域定着支援のみ)		
主な 掲 示 事 項	営 業 日	
	営 業 時 間	
	主 たる 対 象 者	特定なし ・ 身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 精神障害者 ・ 障害児
	そ の 他 の 費 用	
	通 常 の 事 業 実 施 地 域	
添 付 書 類	別添のとおり（定款及び登記事項証明書又は条例等、事業所の平面図、運営規程、経歴書、入所者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況（貸借対照表・財産目録等））	

備考

- 1 地域移行支援事業及び地域定着支援事業の両方の指定を申請する場合についても、本様式1枚にまとめて提出してください。
- 2 「受付番号」欄は、記入しないでください。
- 3 「兼務」については、指定特定相談支援事業所又は指定障害児相談支援事業所との兼務は除きます。
- 4 「常時の連絡体制」については、営業時間以外の事業所の人員体制（宿直等）及び利用者との連絡体制を含め、具体的に記載してください。
- 5 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
- 6 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様に記載した書類を添付してください。

(別紙) 他の事業所又は施設の従事者と兼務する地域移行支援・地域定着支援に従事する者について

他の事業所又は施設の従業者と兼務する地域移行支援・地域定着支援に従事する者を全て記載してください。

1	氏 名		事業所の名称		
	フリガナ		事業の種類	兼務する職種	
	氏 名		勤務時間		
2	氏 名		事業所の名称		
	フリガナ		事業の種類	兼務する職種	
	氏 名		勤務時間		
3	氏 名		事業所の名称		
	フリガナ		事業の種類	兼務する職種	
	氏 名		勤務時間		
4	氏 名		事業所の名称		
	フリガナ		事業の種類	兼務する職種	
	氏 名		勤務時間		
5	氏 名		事業所の名称		
	フリガナ		事業の種類	兼務する職種	
	氏 名		勤務時間		

副都府招録11中む取因中

身 体 障 害 者					知的障害者	精神障害者	
細分無し	肢体不自由	視覚障害	聴覚・言語	内部障害			
事業所が申告する障害程度区分の平均値							
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							
サービス単位2							
サービス単位3							
生活介護	児童デイ	自立訓練 (機能訓練)	自立訓練 (生活訓練)	就労移行支援 (通常)	就労移行支援 (あはき)	就労継続支援 (A型)	就労継続支援 (B型)
サービス単位	サービス単位						
有	無	有	無				
有				無			
※ 生活介護	児童デイ	自立訓練 (機能訓練)	自立訓練 (生活訓練)	就労移行支援 (通常)	就労移行支援 (あはき)	就労継続支援 (A型)	就労継続支援 (B型)

せ

身 体 障 害 者					知的障害者	精神障害者
細分無し	肢体不自由	視覚障害	聴覚・言語	内部障害		
事業所が申告する障害程度区分の平均値						
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						
サービス単位2						
サービス単位3						
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 (通常)	就労移行支援 (あはき)	就労継続支援 (A型)	就労継続支援 (B型)
サービス単位						
有						
無						
有			無			
※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 (通常)	就労移行支援 (あはき)	就労継続支援 (A型)	就労継続支援 (B型)

に改め

る。

別記様式第四号備考2中「廃止・休止・再開の日から10日以内」と「再開にあつては再開の日から10日以内、廃止・休止にあつては廃止・休止の日の1月前まで」と改める。

別記様式第六号中

生活介護		1 新規 2 変更 3 終了	
児童デイサービス		1 新規 2 変更 3 終了	

を

生活介護		1 新規 2 変更 3 終了	
------	--	----------------	--

に改め

る。

附 則

この規則は、平成二十四年四月一日から施行する。

栃木県規則第十六号

児童福祉法に基づく指定知的障害児施設等の指定等に関する規則の一部を改正する規則を次のように定める。

平成二十四年三月三十日

栃木県知事 福田 富一

児童福祉法に基づく指定知的障害児施設等の指定等に関する規則の一部を改正する規則

児童福祉法に基づく指定知的障害児施設等の指定等に関する規則（平成十八年栃木県規則第七十四号）の一

改め、同様式備考1中「施設所在地市町村番号」を削り、同様式備考2中「法人の」を「法人である場合その」に改める。

別記様式第一号付表1-1を次のように改める。

付表1 児童発達支援事業所（福祉型児童発達支援センターであるものに限る。）の指定に係る記載事項
主として通わ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 —) 栃木県 郡市										
連絡先	電話番号					FAX番号						
	フリガナ					住所	(郵便番号 —) 県 郡市					
管理者	氏名											
	当該事業所の他の職務又は同一敷地内の他の事業所若しく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										
併設する施設の名称及び概要		名称										
		概要										
当該支援の実施について定めてある定款又は条例等					第 条第 項第 号							
児童発達支援管理責任者	フリガナ					住所	(郵便番号 —)					
	氏名											
従業者の職種・員数	従業者数		嘱託医		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		
			常勤(人)									
			非常勤(人)									
	備考											
	基準上の必要人数(人)											
	従業者数		調理員		児童発達支援管理責任者		機能訓練担当職員		言語聴覚士			
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
			常勤(人)									
			非常勤(人)									
	備考											
	基準上の必要人数(人)											
従業者数		看護師		基準上の必要値		指導訓練室 遊戯室 屋外遊戯場		医務室 相談室 調理室 便所		静養室 聴力検査室 (設置部分を○で囲むこと。)		
		専従	兼務									
		常勤(人)										
		非常勤(人)										
備考												
基準上の必要人数(人)												
主な揭示事項	営業日											
	営業時間	サービス提供時間（送迎時間を除く。）① : ~ : ② : ~ :										
	利用定員	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												
協力医療機関	名称					主な診療科名						
地域の障害児への援助の実施状況	有 ・ 無											
多機能型実施の有無	有 ・ 無											
添付書類	別添のとおり（定款、寄附行為等及び登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、経歴書、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、勤務体制・形態一覧表、資産状況（貸借対照表、財産目録等）、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容が分かるもの、利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規他参考になるもの及び障害児通所給付費の請求に関する事項）											

備考

- 「受付番号」、「基準上の必要人数」及び「基準上の必要値」欄には、記載しないでください。
- 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。
- 「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。
- 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 「その他の費用」欄には、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。

児童発達支援事業所（児童発達支援センターであるものを除く。）の指定に係る記載事項

主として通わせる児童の障害の種別 ()		受付番号								
事業所	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号 —) 栃木県 郡市								
連絡先	電話番号	FAX番号								
管理者	フリガナ									
	氏名	住所	(郵便番号 —) 県 郡市							
	当該事業所の他の職務又は同一敷地内の他の事業所若しく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								
当該支援の実施について定めてある定款又は条例等		第 条第 項第 号								
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	指導員		保育士		児童発達支援管理責任者		機能訓練担当職員			
			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)									
	児童指導員		嘱託医		看護師		/			
			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)										
設備	指導訓練室		有		無					
主な揭示事項	営業日									
	営業時間	サービス提供時間（送迎時間を除く。）(① : ~ : ② : ~ :)								
	利用定員	人								
	利用料									
	その他の費用									
	実施サービス	送迎サービス	有		無					
	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										
協力医療機関	名称			主な診療科名						
多機能型実施の有無	有									
一体的に管理運営される他の事業所										
添付書類	別添のとおり（定款、寄附行為等及び登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、経歴書、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、勤務体制・形態一覧表、資産状況（貸借対照表、財産目録等）、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容が分かるもの、利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規他参考になるもの、障害児通所給付費の請求に関する事項）									

備考

- 「受付番号」及び「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
- 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。
- 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 「その他の費用」欄には、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。

付表3 医療型児童発達支援事業所の指定に係る記載事項

受付番号

施 設	フリガナ											
	名 称											
	所 在 地	(郵便番号 —) 栃木県 郡市										
管 理 者	フリガナ					住所		(郵便番号 —) 県 郡市				
	氏 名											
併設する施設の名称及び概要	名称											
	概要											
当該支援の実施について定めてある定款又は条例等 第 条第 項第 号												
児童発達支援 管理責任者	フリガナ					住所		(郵便番号 —)				
	氏 名											
従業者の職種・員数	従業者数	常勤(人)	医 師	看 護 師	児童指導員		保 育 士					
		非常勤(人)	専従	兼 務	専従	兼 務	専従	兼 務	専従	兼 務		
	備 考											
	基準上の必要人数(人)											
	従業者数	常勤(人)	理学療法士又は作業療法士				児童発達支援管理責任者		機能訓練担当職員			
		非常勤(人)	専従	兼 務		専従	兼 務	専従	兼 務			
	備 考											
	基準上の必要人数(人)											
設 備 上 の 配 慮 点												
設 備 (設置部分を○でかこむ)	指導訓練室 屋外訓練場 相談室 調理室 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 *医療法に規定する診療所として必要な設備を有すること。											
主 な 掲 示 事 項	営 業 日											
	営 業 時 間	サービス提供時間(送迎時間を除く。)										
	利 用 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	そ の 他		窓口(連絡先)		担当者						
地域の障害児への援助の実施状況	有 ・ 無											
多機能型実施の有無	有 ・ 無											
添 付 書 類	別添のとおり(定款、寄附行為等及び登記事項証明書又は条例等、医療法第7条の許可を受けた診療所であることを証する書類、事業所平面図、経歴書、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、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表、財産目録等)、設備・備品等一覧表、利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規他参考になるもの及び障害児通所給付費の請求に関する事項)											

備考

- 「受付番号」及び「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
- 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。
- 「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。
- 「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。
- 「その他の費用」欄には、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。

付表4 放課後等デイサービス事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 —) 栃木県 郡市							
	連絡先	電話番号					FAX番号		
管理者	フリガナ					(郵便番号 —)			
	氏名					住所 県 郡市			
	当該事業所の他の職務又は同一敷地内の他の事業所若しく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				
当該支援の実施について定めてある定款又は条例等						第 条第 項第 号			
児童発達支援管理責任者	フリガナ					(郵便番号 —)			
	氏名					住所			
従業員数	従業員数	指導員		保育士		児童発達支援管理責任者		機能訓練担当職員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤(人)								
	非常勤(人)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
設備	指導訓練室				有 ・ 無				
主な揭示事項	営業日								
	営業時間	サービス提供時間(送迎時間を除く。)(① : ~ : ② : ~ :)							
	利用定員	人							
	利用料								
	その他の費用								
	実施サービス	送迎サービス		有 ・ 無					
	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					
添付書類	苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者				
	その他								
多機能型実施の有無	有 ・ 無								
一体的に管理運営される他の事業所									
添付書類	別添のとおり(定款、寄附行為等及び登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、経歴書、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、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表、財産目録等)、設備・備品等一覧表、利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規他参考になるもの及び障害児通所給付費の請求に関する事項)								

備考

- 「受付番号」及び「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
- 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。
- 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 「その他の費用」欄には、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。

児童発達支援センター等の設置に関する条例の施行期日等

付表5 保育所等訪問支援事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 —) 栃木県 郡市				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 —) 県 郡市	
	氏名					
	当該事業所の他の職務又は同一敷地内の他の事業所若しく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			
当該支援の実施について定めてある定款又は条例等					第 条第 項第 号	
児童発達支援管理責任者	フリガナ				住所	(郵便番号 —)
	氏名					
従業者・員数の数	訪問支援員		児童発達支援管理責任者		/	
			専従	兼務		
	従業者数		備考			
	常勤(人)		非常勤(人)			
	基準上の必要人数(人)					
設	備	専用区画			有 ・ 無	
主な揭示事項	営業日					
	営業時間	サービス提供時間				
	利用料	人				
	その他の費用					
	通常の事業の実施地域					
	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						
多機能型実施の有無		有 ・ 無				
添付書類		別添のとおり(定款、寄附行為等及び登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、経歴書、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、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表、財産目録等)、設備・備品等一覧表、利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規他参考になるもの及び障害児通所給付費の請求に関する事項)				

備考

- 「受付番号」及び「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
- 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。
- 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 「その他の費用」欄には、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。

児童発達支援センター等の事業所の多機能型による事業の実施に関する記載事項

付表6 障害児通所支援事業所に係る多機能型による事業を実施する場合の記載事項（総括表）

(その1)

※多機能型事業実施時は各付表とこの表を併せて提出してください。

受付番号

事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 —) 栃木県 郡市				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
(注) 多機能型による他の事業所については、下欄に記載すること。						
事業所2	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 —) 栃木県 郡市				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
事業所3	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 —) 栃木県 郡市				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
事業所4	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 —) 栃木県 郡市				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
事業所5	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 —) 栃木県 郡市				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 —) 県 郡市	
	氏名					
	当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）					
	当該事業所の他の職務又は同一敷地内の他の事業所若しく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	
主たる対象とする障害の種類	なし	難聴	重症心身障害	その他		
事業実施	児童発達支援サービス単位		医療型児童発達支援	放課後等デイサービスサービス単位		
	有	無		有	無	保育所等訪問支援
主たる事業所						
従たる事業所						
定員(人)	合計	児童発達支援	医療型児童発達支援	放課後等デイサービス	保育所等訪問支援	
合計						
主たる事業所						
従たる事業所						

付表6 障害児通所支援事業所に係る多機能型による事業を実施する場合の記載事項（総括表）

(その2)

受付番号	
------	--

		従業員の職種・員数											
		児童発達支援 管理責任者		医師 (嘱託医を含む)		児童指導員		保 育 士		指 導 員		看 護 師	
		専 従	※兼 務	専 従	※兼 務	専 従	※兼 務	専 従	※兼 務	専 従	※兼 務	専 従	※兼 務
合 計	従業員数	常勤(人)											
		非常勤(人)											
	備 考												
	基準上の必要人数(人)												
主たる事業所	従業員数	常勤(人)											
		非常勤(人)											
	備 考												
	基準上の必要人数(人)												
従たる事業所	従業員数	常勤(人)											
		非常勤(人)											
	備 考												
	基準上の必要人数(人)												
		理学療法士又は作業療法士		言語聴覚士		機能訓練 担当職員		訪問支援員		栄 養 士		調 理 員	
		専 従	※兼 務	専 従	※兼 務	専 従	※兼 務	専 従	※兼 務	専 従	※兼 務	専 従	※兼 務
合 計	従業員数	常勤(人)											
		非常勤(人)											
	備 考												
	基準上の必要人数(人)												
主たる事業所	従業員数	常勤(人)											
		非常勤(人)											
	備 考												
	基準上の必要人数(人)												
従たる事業所	従業員数	常勤(人)											
		非常勤(人)											
	備 考												
	基準上の必要人数(人)												

備考

- 「受付番号」及び「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
- 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様に記載した書類を添付してください。
- 児童発達支援又は放課後等デイサービスに単位を導入する場合には、適宜欄を設けて記載するか又は別葉にサービス単位ごとの定員を記載してください。
- 「※兼務」欄には、2以上の事業所等を兼務する職員について記載してください。

付表7 障害児入所支援（福祉型障害児入所施設）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 —) 栃木県 郡市						
管理者	フリガナ	住所	(郵便番号 —) 県 郡市					
	氏名							
併設する施設の名称及び概要		名称	概要					
当該支援の実施について定めてある定款又は条例等		第 条第 項第 号						
児童発達支援 管理責任者	フリガナ	住所	(郵便番号 —)					
	氏名							
従業者の 職種・員数	医師（嘱託医を含む）		看護師		児童指導員		保育士	
			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)							
	栄養士		調理員		児童発達支援管理責任者		心理指導担当職員	
			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)							
職業指導員		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)								
設置部分等 (設置部分を○で囲む。)	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 訓練室 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 屋外訓練場							
設備基準記載 の数値等	居室		1室の最大定員		人以下			
	入所児1人当たりの最小床面積				㎡			
主な 揭示事項	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						
協力医療機関	名称			主な診療科名				
協力歯科医療機関	名称							
添付書類	別添のとおり（定款、寄附行為等及び登記事項証明書又は条例等、建物の構造概要及び平面図、経歴書、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、勤務体制・形態一覧表、資産状況（貸借対照表、財産目録等）、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの、利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規他参考になるもの及び障害児入所給付費の請求に関する事項）							

- 備考
- 「受付番号」、「基準上の必要人数」及び「基準上の必要値」欄には、記載しないでください。
 - 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。
 - 「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。
 - 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
 - 「その他の費用」欄には、入所者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。

付表8 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 —) 栃木県 郡市							
管理者	フリガナ								
	氏名	住所 (郵便番号 —) 県 郡市							
併設する施設の名称及び概要		名称	概要						
当該支援の実施について定めてある定款又は条例等		第 条第 項第 号							
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
	従業者数	常 勤(人)							
		非 常 勤(人)							
	備 考								
	基準上の必要人数(人)								
	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
	従業者数	常 勤(人)							
		非 常 勤(人)							
備 考									
基準上の必要人数(人)									
設 備 (設置部分を○でかこむ)	訓練室 浴室 静養室 屋外訓練場 ギブス室 特殊手工芸等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有すること								
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					
協 力 歯 科 医 療 機 関	名 称								
添 付 書 類	別添のとおり(定款、寄附行為等及び登記事項証明書又は条例等、医療法第7条の許可を受けた病院であることを証する書類、建物の構造概要及び平面図、経歴書、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、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表、財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力歯科医療機関との契約内容がわかるもの、利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規他参考になるもの、障害児入所給付費の請求に関する事項)								

備考

- 「受付番号」及び「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
- 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。
- 「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。
- 「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。
- 「その他の費用」欄には、入所者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。

栃木県知事 様

別記様式第2号 (第2条関係)

変 更 届 出 書

年 月 日

栃木県知事 様

事 業 者 (施設の設置者) 住 所 (所在地) 氏 名 (名称及び代表者氏名) 印

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

Table with columns for '指定内容を変更した事業者又は施設' and '変更の内容'. Includes rows for '変更があった事項' and '変更の内容' with sub-rows for specific items like '事業所(施設)の名称', '所在地', '申請者(設置者)の名称', etc.

備考

- 1 該当項目番号に○を付してください。
2 変更内容が分かる書類を添付してください。
3 変更の日から10日以内に届け出てください。

附 則

この規則は、平成二十四年四月一日から施行する。

栃木県規則第十七号

児童福祉法に基づく障害児施設給付費等の支給等に関する規則の一部を改正する規則を次のように定める。

平成二十四年三月三十日

栃木県知事 福田 富一

児童福祉法に基づく障害児施設給付費等の支給等に関する規則の一部を改正する規則

児童福祉法に基づく障害児施設給付費等の支給等に関する規則（平成十八年栃木県規則第七十五号）の一部を次のように改正する。

題名を次のように改める。

児童福祉法に基づく障害児入所給付費等の支給等に関する規則

第一条中「障害児施設給付費等」を「障害児入所給付費等」に改める。

第二条の見出し中「障害児施設給付費等」を「障害児入所給付費等」に改め、同条第一項中「障害児施設給付費等支給申請書」を「障害児入所給付費等支給申請書」に改める。

第三条の見出し中「施設受給者証等」を「入所受給者証等」に改め、同条第一項中「施設受給者証（以下「施設受給者証」を「入所受給者証（以下「入所受給者証」に、「障害児施設受給者証」を「障害児入所受給者証」に改め、同条第二項中「施設給付決定（以下「施設給付決定」を「入所給付決定（以下「入所給付決定」に、「当該施設給付決定」を「当該入所給付決定」に、「障害児施設医療に」を「障害児入所医療に」に、「施設給付決定保護者」を「入所給付決定保護者」に、「障害児施設医療受給者証」を「障害児入所医療受給者証」に改める。

第四条の見出し中「施設給付決定」を「入所給付決定」に改め、同条中「施設給付決定」を「入所給付決定」に、「障害児施設支援」を「障害児入所支援」に、「障害児施設給付費等支給変更申請書」を「障害児入所給付費等支給変更申請書」に、「施設受給者証」を「入所受給者証」に改める。

第六条の見出し中「施設受給者証等」を「入所受給者証等」に改め、同条第二項中「施設受給者証」を「入所受給者証」に改める。

第七条の見出し中「障害児施設給付費」を「障害児入所給付費」に改め、同条中「障害児施設給付費利用者負担額災害等減額・免除申請書」を「障害児入所給付費利用者負担額災害等減額・免除申請書」に改める。

第八条の見出し中「高額障害児施設給付費」を「高額障害児入所給付費」に改め、同条中「高額障害児施設給付費支給申請書」を「高額障害児入所給付費支給申請書」に改める。

第九条中「障害児施設給付費等」を「障害児入所給付費等」に改める。

別記様式第一号を次のように改める。

別記様式第1号(第2条関係)

障害児入所給付費等支給申請書

年 月 日

栃木県知事 様

障害児入所給付費の支給を受けたいので、児童福祉法第24条の3第1項の規定により次のとおり申請します。

申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日	
	氏名					
申請者	居住地	〒				
		電話番号				
支給申請に係る障害児氏名	フリガナ			生年月日	年 月 日	
				続柄		
身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号		
被保険者証の記号及び番号(注)			保険者名及び番号(注)			

(注) 障害児入所医療費支給対象施設(医療型障害児入所施設又は指定医療機関)の利用を申請する場合、支給申請に係る障害児の加入する医療保険について記入すること。

サービスの利用状況	障害福祉サービス	利用中のサービスの種類・内容等				
	障害児通所支援	利用中のサービスの種類・内容等				
申請するサービスの種類等	障害児入所給付費	申請する支援の種類・申請に係る具体的内容				
		種類	<input type="checkbox"/> 福祉型障害児入所支援			
			<input type="checkbox"/> 医療型障害児入所施設			
<input type="checkbox"/> 指定医療機関(肢体不自由児・重症心身障害児)						
		<input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定(下記IIの軽減措置適用前) 下記の区分の適用を申請します。 (当てはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。)				

申請する 減免の 種類	1 生活保護受給世帯
	2 市町村民税非課税世帯に属する者であって、合計所得金額及び障害基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの
	3 市町村民税非課税世帯に属する者であって、2以外のもの
	<input type="checkbox"/> II 医療型個別減免に関する認定 医療型障害児入所施設入所者（注1）であるため、医療型個別減免を申請します。
<input type="checkbox"/> III 特定入所障害児食費等給付費に関する認定（医療型施設を除く。） 障害児入所施設入所者（注2）であるため、特定入所障害児食費等給付費を申請します。	
<input type="checkbox"/> IV 生活保護への移行予防措置（定率負担減免措置、特例補足給付）に関する認定 生活保護への移行予防措置（ <input type="checkbox"/> 定率負担減免措置 <input type="checkbox"/> 特例補足給付）を申請します。 ※ 福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。	

※ いずれも事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

（注1） 対象施設は、障害児入所給付費の対象となる入所施設とする。

（注2） 対象施設は、障害児入所給付費及び障害児入所医療費の対象となる入所施設とする。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入すること。）		
フリガナ		申請者との関係	
氏名			
住所	〒		
	電話番号		

別記様式第11号

				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
--	--	--	--	--

※ 施設を利用する者が18歳以上の施設通所者又は20歳以上の施設入所者である場合の「世帯」は、施設を利用する者及びその配偶者に限ります。

				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
--	--	--	--	--

改める。

別記様式第11号様式「障害児施設受給者証」及び「障害児入所受給者証」

施設給付決定保護者	入所給付決定保護者	「施設給付決定」及び「入所給付決定」に係る「指定知的障害児施設等」及び「指定障害児入所施設等」	「指定知的障害児施設等の名称」	「指定障害児入所施設等の名称」	「指定施設支援を」及び「指定入所支援を」
-----------	-----------	---	-----------------	-----------------	----------------------

「指定施設に」及び「指定障害児入所施設に」に係る「指定施設支援に要した費用（食費、光熱水費等を除く。）の1割です。ただし、この証の二面又は三面」及び「当該入所給付決定保護者の家計の負担能力その他の事情をしん酌して政令で定める額（当該政令で定める額が指定障害児入所支援に通常要する費用（入所特定費用を除く。）の総額の1割相当を超えるときは1割相当の額）です。ただし、その証の二面」及び「施設給付決定保護者」及び「入所給付決定保護者」に係る「障害児施設給付費」及び「障害児入所給付費」に係る「施設給付決定の」及び「入所給付決定の」に係る「指定施設支援については」及び「指定入所支援については」に係る。

別記様式第11号様式「障害児施設医療受給者証」及び「障害児入所医療受給者証」に係る「障害児施設医療（）」及び「障害児入所医療（）」に係る「障害児施設医療」及び「障害児入所医療」に係る「指定知的障害児施設等」及び「医療型障害児入所施設等」に係る「施設給付決定保護者等」及び「入所給付決定保護者等」に係る「障害児施設給付費」及び「障害児入所給付費」に係る。

別記様式第11号様式「障害児施設給付費等支給変更申請書」及び「障害児入所給付費等支給変更申請書」に係る「障害児施設支援」及び「障害児入所支援」に係る「障害児施設医療費支給対象施設（第1種自閉症児施設、肢体不自由児施設（入所部・通所部）、肢体不自由児通園施設、重症心身障害児施設、）」及び「障害児入所医療費支給対象施設（医療型障害児入所施設及び）」に係る。

変更を申請する	申請する支援の種類・申請に係る具体的内容				
	障 害 児	種	<input type="checkbox"/> 知的障害児施設	<input type="checkbox"/> 第1種自閉症児施設	<input type="checkbox"/> 第2種自閉症児施設
			<input type="checkbox"/> 知的障害児通園施設	<input type="checkbox"/> 盲児施設	<input type="checkbox"/> ろうあ児施設
<input type="checkbox"/> 難聴幼児通園施設			<input type="checkbox"/> 肢体不自由児施設 (入所部・通所部)	<input type="checkbox"/> 肢体不自由児通園施設	

サービスの種類等	施設類	<input type="checkbox"/> 肢体不自由児療護施設	<input type="checkbox"/> 重症心身障害児施設	<input type="checkbox"/> 指定医療機関 (肢体不自由児・重症心身障害児)	※
	施設給付費	具体的内容			

変更を申請するサービスの種類等	申請する支援の種類・申請に係る具体的内容			※
	障害児入所	種類	<input type="checkbox"/> 福祉型障害児入所施設	
			<input type="checkbox"/> 医療型障害児入所施設	
			<input type="checkbox"/> 指定医療機関 (肢体不自由児・重症心身障害児)	
	具体的内容			

※

施設給付決定保護者に関する事項	※	入所給付決定保護者に関する事項	※
-----------------	---	-----------------	---

「障害児施設受給者証（障害児施設医療受給者証）」と「障害児入所受給者証（障害児入所医療受給者証）」

「障害児施設給付費利用者負担額災害等減額・免除申請書」と「障害児入所給付費利用者負担額災害等減額・免除申請書」

4 施設給付決定保護者の属する世帯の生計を主として維持する者の収入が、干ばつ、冷害、凍霜害等による農作物の不作、不漁その他これに類する理由により著しく減少したため。	※
--	---

※ 施設を利用する者が18歳以上の施設通所者又は20歳以上の施設入所者である場合の「世帯」は、施設を利用する者及びその配偶者に限ります。

4 施設給付決定保護者の属する世帯の生計を主として維持する者の収入が、干ばつ、冷害、凍霜害等による農作物の不作、不漁その他これに類する理由により著しく減少したため	※
---	---

※

「高額障害児施設給付費支給申請書」と「高額障害児入所給付費支給申請書」

施設給付決定保護者に係る施設給付決定保護者利用者負担合算額	※	入所給付決定保護者に係る入所給付決定保護者利用者負担合算額	※
-------------------------------	---	-------------------------------	---

施同

同入

設一
給世
付帯
決に
定属
保す
護る
者他
等の

を

一所
世給
帯付
に決
属定
す保
護る
護
他者
の等

に改め、同様と題する中「施設給付決定保護者等」を「入所給付決定保護者等」

に改め、同様と題する中「高額障害児施設給付費等を」と「高額障害児入所給付費等を」と改める。

附 則

この規則は、平成二十四年四月一日から施行する。

(遊 紳 理 社 謹)