

○こども家庭庁告示第十号  
厚生労働省

児童福祉法施行規則（昭和二十三年厚生省令第十一号）及び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施行規則（平成十八年厚生労働省令第十九号）の規定に基づき、児童福祉法施行規則の規定に基づきこども家庭庁長官が定める様式並びに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施行規則の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式及びこども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める様式（令和七年こども家庭庁・厚生労働省告示第三号）の一部を次のように改正し、令和八年四月一日から適用する。

令和七年十一月二十八日

こども家庭庁長官 渡辺由美子

厚生労働大臣 上野賢一郎

別紙様式第一号、別紙様式第二号、付表1、付表4及び付表5を次のように改める。

## 別紙様式第一号

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

## 指定申請書

年 月 日

知事(市区村長) 殿

所在地

申請者 名称

代表者

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、関係書類を添えて申請します。

		法人番号(13桁)					
申請者 (設置者)	フリガナ 名称						
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 - )					
	連絡先	電話番号	(内線)				
		E-mailアドレス					
	法人等の種類						
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	フリガナ 氏名	-	生年 月日		
代表者の住所	(郵便番号 - )						
フリガナ 名称							
事業所(施設)の所在地	(郵便番号 - )						
多機能型事業所に係る指定の申請の場合は○							
指定を受けようとする事業所・施設の種類	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○	今回の指定(更新・変更) 申請をする対象事業等に ○	既に指定を受けている事業に○	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)
	居宅介護						付表1
	重度訪問介護						付表1
	同行援護						付表1
	行動援護						付表1
	療養介護						付表2
	生活介護						付表3
	短期入所						付表4
	重度障害者等包括支援						付表5
	自立訓練(機能訓練)						付表6
	自立訓練(生活訓練)						付表6
	就労選択支援						付表7
	就労移行支援						付表8
	就労継続支援A型						付表9
	就労継続支援B型						付表9
就労定着支援						付表10	
自立生活援助						付表11	
共同生活援助						付表12	
指定障害者支援施設(施設入所支援)							付表13
指定一般 相談支援 事業所	地域移行支援						付表14
	地域定着支援						付表14
	指定特定相談支援事業所						付表15
指定障害 児通所支 援事業所	児童発達支援						付表16
	放課後等デイサービス						付表16
	居宅訪問型児童発達支援						付表17
	保育所等訪問支援						付表18
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							付表15
【既に指定を受けている場合】事業所番号							

(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。

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  
 変更届出書

年 月 日

知事(市区村長) 殿

所在地

申請者

名称

代表者氏名

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。

- 指定障害福祉サービス事業所等の指定に係る事項の変更の届出先(以下「指定権者」という。)と指定障害福祉サービス事業所等の業務管理体制の整備に関する事項の変更の届出先(以下「監督権者」という。)が同一の自治体であり、かつ、変更事項が「事業所(施設)の所在地」又は「申請者の代表者の氏名、生年月日、住所及び職名」の場合であって、同事項に係る事実の確認に支障がないと認めるときは、監督権者への変更の届出又は届出書への記載については、指定権者への変更の届出があったことをもって省略させることができることとされているので、その場合には左のチェックボックス(□)に✓を付してください。なお、当該変更届出を受理した指定権者は、当該変更届出の写しを監督権者へ回付してください。

		法人番号(13桁)	事業所番号
指定を受けた内容を変更した事業所又は施設		名称	
サービスの種類		所在地	
変更年月日		年 月 日	
変更があった事項(該当に○)		変更の内容	
事業所(施設)の名称		(変更前)	
事業所(施設)の所在地		(変更後)	
事業所(施設)の連絡先(電話番号)			
申請者の名称			
申請者の主たる事務所の所在地			
申請者の代表者の氏名、生年月日、住所及び職名			
法人等の種類			
登記事項証明書又は条例等(当該事業に関するものに限る。)			
共生型サービスの該当有無			
事業所(施設)の構造概要・平面図・設備の概要			
障害児対象事業の該当有無			
利用する障害児の推定数			
利用者又は入所者の定員			
管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴			
サービス管理(提供)責任者又は児童発達支援管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴			
指定地域相談支援の提供に当たる者又は相談支援専門員の氏名、生年月日、住所及び経歴			
運営規程			
協力医療機関・協力歯科医療機関の名称・診療科名・契約内容			
提携就労支援機関の名称			
提供する障害福祉サービス等の種類			
第三者委託により提供する障害福祉サービス等の種類等			
事業実施形態(事業所の種別等)			
従業者の勤務の体制及び勤務形態			
その他			

(備考) 1 変更届の提出に際しては、必要書類を添付してください。

2 「変更があった事項」の「変更の内容」は、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように記入してください。

付表1 居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 - )							
	電話番号								
E-Mail									
事業所以外の事務所	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 - )							
	電話番号								
E-Mail									
管理者	フリガナ 氏名			生年月日	年 月 日				
	住所	(郵便番号 - )							
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)								
	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					
サービス提供者	フリガナ 氏名			生年月日	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			
	障害児対象事業 (該当するものに○。重度訪問介護を除く。)	( 該当 非該当 )							
利用する障害児の推定数(人)(障害児対象事業に該当する場合記入)									
○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	
	その他(年末年始等)								
営業時間	平日	:			~	:			
	土曜	:			~	:			
	日・祝	:			~	:			
サービス内容	身体介護			身体介護(通院介助)					
	家事援助			家事援助(通院介助)					
	乗降介助								
利用料									
その他の費用									
通常の事業の実施地域									

(備考)

- 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。
- 更新の場合には、「利用する障害児の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。
- 「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

## ■事業所以外の事務所

事業 事務所 所以外 の 所	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 - ) -----		
	電話番号			
	E-Mail			
	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 - ) -----		
	電話番号			
	E-Mail			

## ■サービス提供責任者

サービス 提供 責任者	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 - ) -----				
	フリガナ 氏名	-----	生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号 - ) -----				

付表4 短期入所事業所の指定等に係る記載事項

事業所	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 - )							
	電話番号								
E-Mail									
管理者	フリガナ 氏名			生年月日	年 月 日				
	住所	(郵便番号 - )							
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)								
	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							
事業所の種別(いずれかに○)及び定員(人)	種別			定員					
	空床型			本体施設の空床の範囲内					
	併設型								
	単独型								
本体施設の種別・名称・定員・入所者数	名称				定員				
	種別				前年度平均入所者数				
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				
障害児対象事業(該当するものに○)	( 該当 非該当 )								
利用する障害児の推定数(人)(障害児対象事業に該当する場合記入)									
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項									
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	:	~		~		~		
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				診療科名				

(備考)

- 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。
- 更新の場合には、「利用者の推定数」欄及び「利用する障害児の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。
- 「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。
- 「診療科名」欄には、主な診療科名1つを記載してください。

記入欄不足時の資料

■協力医療機関

協力医療機関	名称		診療科名	
	名称		診療科名	

付表5 重度障害者等包括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							
	所在地	(郵便番号 - )						
	電話番号							
E-Mail								
事業所以外の事務所	フリガナ							
	名称							
	所在地	(郵便番号 - )						
	電話番号							
E-Mail								
管理者	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日				
	住所	(郵便番号 - )						
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)							
	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						
障害児対象事業(該当するものに○)	( 該当 非該当 )							
利用する障害児の推定数(人)(障害児対象事業に該当する場合記入)								
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項								
事業所の体制	提供する障害福祉サービス	種類	事業所名					
	第三者委託により提供する障害福祉サービス	種類	事業所名			所在地		
利用者からの連絡対応体制の概要								
利用者の推定数(人)								
主たる対象者(いずれかに○)	特定しない		I類型		II類型		III類型	
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	: ~ :						

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		診療科名

(備考)

- 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。
- 更新の場合には、「利用者の推定数」欄及び「利用する障害児の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。
- 「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。
- 「診療科名」欄には、主な診療科名1つを記載してください。

## 記入欄不足時の資料

## ■事業所以外の事務所

事業 所以外 の事務 所	フリガナ			
	名 称			
	所在地	(郵便番号 - )		
	電話番号			
	E-Mail			
	フリガナ			
	名 称			
	所在地	(郵便番号 - )		
	電話番号			
	E-Mail			

## ■サービス提供責任者

サービ ス提 供責 任者	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 - )		
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号 - )		

**■事業所の体制**

事業所の体制	他に指定を受けている 障害福祉サービス等	種類	事業所名	事業所番号
委託による提携事業所		種類	事業所名	事業所番号

**■協力医療機関**

協力医療機関	名称		診療科名	
	名称		診療科名	
	名称		診療科名	