資料２－１

# 指定障害福祉サービス事業所等

# 指定申請 添付書類様式集

平成23年１月25日
神奈川県保健福祉局福祉・次世代育成部
障害サービス課

# ＜指定障害福祉サービス事業所等指定申請　添付書類様式集　目次＞


| | | |
|---|---|---|
| 参考様式１ | 事業所・施設の平面図 | ･･･Ｐ２ |
| 参考様式２ | 居室面積等一覧表 | ･･･Ｐ４ |
| 参考様式３ | 事業所の設備・備品等一覧表 | ･･･Ｐ６ |
| 参考様式４ | 管理者・サービス管理責任者・サービス提供責任者・相談支援専門員　経歴書 | ･･･Ｐ８ |
| 参考様式５ | 実務経験（見込）証明書 | ･･･Ｐ１０ |
| 参考様式６ | 利用者（入所者）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 | ･･･Ｐ１２ |
| 参考様式７ | 組織体制図 | ･･･Ｐ１４ |
| 参考様式８ | 主たる対象者を特定する理由等 | ･･･Ｐ１６ |
| 参考様式９ | 障害者自立支援法第３６条第３項各号の規定に該当しない旨の誓約書 | ･･･Ｐ１８ |
| 参考様式９別紙 | 役員名簿 | ･･･Ｐ２０ |
| 参考様式１０ | 協力医療機関との契約内容 | ･･･Ｐ２２ |
| 参考様式１１ | 指定障害者支援施設等との連携体制及び支援の体制の概要 | ･･･Ｐ２４ |
| 別紙１ | 他の法律において既に指定を受けている事業等について（別紙） | ･･･Ｐ２６ |
| 別紙２ | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 | ･･･Ｐ２８ |
| | ○管理者誓約書＜障害福祉サービス＞ | ･･･Ｐ３０ |
| | ○管理者誓約書＜障害者支援施設＞ | ･･･Ｐ３１ |
| | ○管理者誓約書＜相談支援事業所＞ | ･･･Ｐ３２ |
| ～参考～ | サービス別　提出書類一覧 | ･･･Ｐ３５ |
| | 添付書類、参考様式の種類と記載留意事項・説明 | ･･･Ｐ３６ |

参考様式1

# 事業所・施設の平面図

| 事業所の名称 | |
|---|---|

| | |
|---|---|
| 建物の名称 | |
| 構造概要 | |
| 事業所の共用の有無 | |

（備考） 1 各室、区画の用途及び面積を記載し、他の事業や施設と共用する場合は、その旨を記載し色分けする等わかりやすく表示してください。

2 既製の平面図がある場合にはそれを添付してください。（その場合、A3に縮尺の上、折り込んでください。）

3 療養介護事業所、共同生活介護、共同生活援助、短期入所事業所、障害者支援施設においては既製の平面図を添付して下さい。短期入所事業所で、併設事業所の場合は、本体施設の平面図を添付してください。

4 事業所の外観及び内部（各室、区画）の写真を添付してください。

# 記 載 例

*同一又は隣接した場所で他のサービスを実施している場合は、それぞれの配置がわかる位置図等を添付してください。*

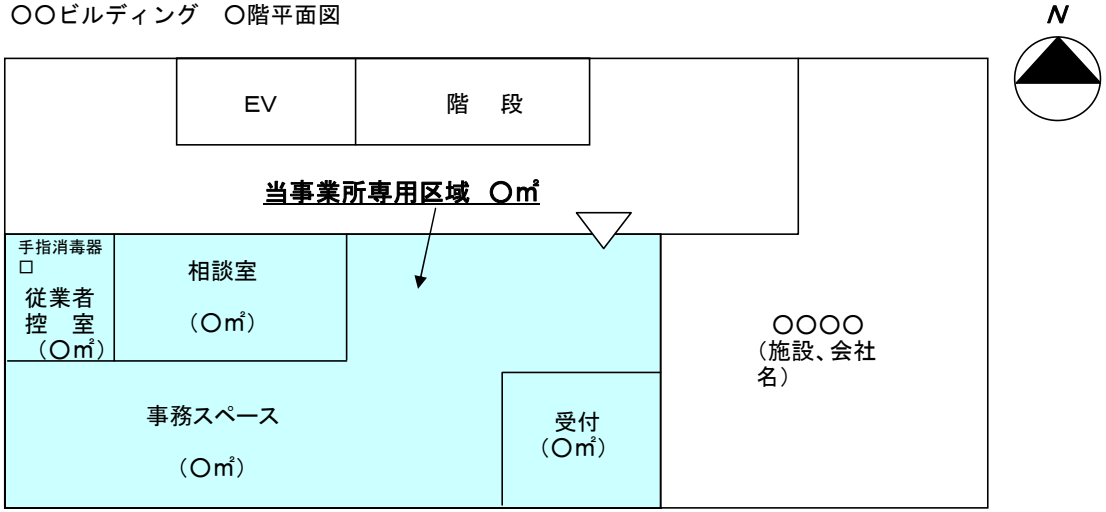
参考様式1

## 事業所・施設の平面図

| 事業所の名称 | （申請書記載の名称と同一であること） |
|---|---|

| | |
|---|---|
| 建物の名称 | ○○ビルディング（ビル、施設等の名称） |
| 構造概要 | ○造○階建　○階 |
| 事業所の共用の有無 | （○○介護保険事業所と共用等） |

○○ビルディング　○階平面図




（備考）１ 各室、区画の用途及び面積を記載し、他の事業や施設と共用する場合は、その旨を記載し色分けする等わかりやすく表示してください。

２ 既製の平面図がある場合にはそれを添付してください。（その場合、A3に縮尺の上、折り込んでください。）

３ 療養介護事業所、共同生活介護、共同生活援助、短期入所事業所、障害者支援施設においては既製の平面図を添付して下さい。短期入所事業所で、併設事業所の場合は、本体施設の平面図を添付してください。

４ 事業所の外観及び内部（各室、区画）の写真を添付してください。

参考様式２

# 居室面積等一覧表

| | |
|---|---|
| 事業所の名称 | |
| サービスの種類 | |

| 設置階 / 種類 | | 1　階 | | | | 2　階 | | | | 階 | | | | 階 | | | | 合 計 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 室数 | 面積 | 一人あたり | 備考 | 室数 | 面積 | 一人あたり | 備考 | 室数 | 面積 | 一人あたり | 備考 | 室数 | 面積 | 一人あたり | 備考 | 室数 | 面積 | 備考 |
| 居室 | １室の定員 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | （　） | | | | （　） | | | | （　） | | | | （　） | | | | |
| | | | | （　） | | | | （　） | | | | （　） | | | | （　） | | | | |
| | | | | （　） | | | | （　） | | | | （　） | | | | （　） | | | | |
| | | | | （　） | | | | （　） | | | | （　） | | | | （　） | | | | |
| | | | | （　） | | | | （　） | | | | （　） | | | | （　） | | | | |
| | | | | （　） | | | | （　） | | | | （　） | | | | （　） | | | | |
| | | | | （　） | | | | （　） | | | | （　） | | | | （　） | | | | |
| | | | | （　） | | | | （　） | | | | （　） | | | | （　） | | | | |
| 居室以外 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 片廊下幅 | | （最も狭い個所）　m | | | | （最も狭い個所）　m | | | | （最も狭い個所）　m | | | | （最も狭い個所）　m | | | | | | |
| 中廊下幅 | | m | | | | m | | | | m | | | | m | | | | | | |
| 共用する事業所・施設名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考１ 設備基準で定められた設備等について、設置階ごとに記載してください。
２ 居室については、「1室の定員」ごとに分けて記入してください。また、同じ定員でも面積に異なる居室がある場合には、それぞれの居室ごとに分けて記入してください。
３ 「1人あたりの面積」の算出が必要な設備は、面積欄の（　）内に記入してください。（算出にあたっては小数点以下第二位を切捨て）
４ 部屋の種類ごとにまとめて、合計の室数、面積を記入してください。
５ 他の事業所、施設と共用がある場合は、備考欄に「共用」と記入し、「共用する事業所・施設名」欄に正式名称を記入し、共用先の当該部分の平面図を添付してください。
（様式１で添付されている場合は省略可）
６ 同一の事業所又は施設の他の設備と兼用している場合は「備考欄」に「〇〇室と兼用」と記載してください。
７ 施設入所支援の場合は昼間実施するサービスとあわせて記載してください。

# 記 載 例

参考様式２

## 居室面積等一覧表

| | |
|---|---|
| 事業所の名称 | かながわ〇△園 |
| サービスの種類 | 生活介護・施設入所支援 |

| 種類＼設置階 | | 1 階 | | | | 2 階 | | | | 階 | | | | 階 | | | | 合 計 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 居室 | １室の定員 | 室数 | 面積 | 一人あたり | 備考 | 室数 | 面積 | 一人あたり | 備考 | 室数 | 面積 | 一人あたり | 備考 | 室数 | 面積 | 一人あたり | 備考 | 室数 | 面積 | 備考 |
| 1人部屋A | 1人 | 18 | 10.8㎡ | (10.8㎡) | | | | (　) | | | | (　) | | | | (　) | | 18 | 194.4㎡ | |
| 1人部屋B | 1人 | | | (　) | | 22 | 11.6㎡ | (11.6㎡) | | | | (　) | | | | (　) | | 22 | 255.2㎡ | |
| 4人部屋 | 4人 | 2 | 48.8㎡ | (12.2㎡) | | | | (　) | | | | (　) | | | | (　) | | 2 | 97.6㎡ | |
| | | | | (　) | | | | (　) | | | | (　) | | | | (　) | | | | |
| | | | | (　) | | | | (　) | | | | (　) | | | | (　) | | | | |
| | | | | (　) | | | | (　) | | | | (　) | | | | (　) | | | | |
| | | | | (　) | | | | (　) | | | | (　) | | | | (　) | | | | |
| | | | | (　) | | | | (　) | | | | (　) | | | | (　) | | | | |
| 居室以外 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 食堂 | | 1 | | | 共用 | 1 | | | 共用 | | | | | | | | | | | |
| 特別浴室 | | 1 | | | 共用 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 一般浴室 | | | | | | 1 | | | 共用 | | | | | | | | | | | |
| 洗面所 | | 1 | | | 共用 | 1 | | | 共用 | | | | | | | | | | | |
| 便所 | | 2 | | | 共用 | 2 | | | 共用 | | | | | | | | | | | |
| 訓練･作業室 | | 1 | | | 共用 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 相談室 | | | | | | 1 | | | 共用 | | | | | | | | | | | |
| 多目的室 | | | | | | 1 | | | 共用 | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 片廊下幅 | | (最も狭い個所) | | 1.55 | m | (最も狭い個所) | | 1.55 | m | (最も狭い個所) | | | m | (最も狭い個所) | | | m | | | |
| 中廊下幅 | | | | 1.9 | m | | | 1.9 | m | | | | m | | | | m | | | |
| 共用する事業所・施設名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考１ 設備基準で定められた設備等について、設置階ごとに記載してください。
２ 居室については、「1室の定員」ごとに分けて記入してください。また、同じ定員でも面積に異なる居室がある場合には、それぞれの居室ごとに分けて記入してください。
３ 「1人あたりの面積」の算出が必要な設備は、面積欄の（　）内に記入してください。（算出にあたっては小数点以下第二位を切捨て）
４ 部屋の種類ごとにまとめて、合計の室数、面積を記入してください。
５ 他の事業所、施設と共用がある場合は、備考欄に「共用」と記入し、「共用する事業所・施設名」欄に正式名称を記入し、共用先の当該部分の平面図を添付してください。
（様式１で添付されている場合は省略可）
６ 同一の事業所又は施設の他の設備と兼用している場合は「備考欄」に「〇〇室と兼用」と記載してください。
７ 施設入所支援の場合は昼間実施するサービスとあわせて記載してください。

参考様式3

# 事業所の設備・備品等一覧表

| | |
|---|---|
| 事業所の名称 | |
| サービスの種類 | |

| 設備の概要 | 設備基準上適合すべき項目についての状況 | 備品の品名及び数量 | 適合の可否 |
|---|---|---|---|
| サービス提供上配慮すべき設備の概要<br><br>非常災害設備等 | | | |

備考　1 申請するサービスの種類に関して、基準省令で定められた設備基準上適合すべき項目のうち、「居室面積等一覧表」（参考様式2）に記載された項目以外の事項について記載してください。

2 「適合の可否」欄には何も記載しないでください。

# 記 載 例

参考様式3

## 事業所の設備・備品等一覧表

| 事業所の名称 | かながわ〇△園 |
|---|---|
| サービスの種類 | 生活介護 |

| 設備の概要 | 設備基準上適合すべき項目についての状況 | 備品の品名及び数量 | 適合の可否 |
|---|---|---|---|
| サービス提供上配慮すべき設備の概要 | | | |
| *それぞれの施設ごとの設備に関する基準の規定に沿って、配慮した事項等について記載してください。* | | | |
| 例）<br>・相談室 | ・室内における談話の漏えいを防ぐための間仕切りを設けている | 机 1、いす 4、パーテーション 2 | |
| 非常災害設備等 | | | |
| 例）<br>・消火設備 | ・消防法に適合したものを備えている。 | ・消火器　10、スプリンクラー | |
| 通所サービス、共同生活介護、共同生活援助、入所施設、短期入所を実施する場合は、事業所がある地域を所管する消防署に相談し、必要な設備、備品等を備えてください。 | | | |

備考　1 申請するサービスの種類に関して、基準省令で定められた設備基準上適合すべき項目のうち、「居室面積等一覧表」（参考様式2）に記載された項目以外の事項について記載してください。

2「適合の可否」欄には何も記載しないでください。

参考様式４

（管　理　者
サービス管理責任者
サービス提供責任者
相談支援専門員）

# 経 歴 書

| | |
|---|---|
| 事業所の名称 | |
| サービスの種類 | |

（管理者の場合で当該管理者が管理する事業所が複数の場合はその全てを記載してください。）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 事業の名称 | | | |
| サービスの種類 | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| フリガナ | | 生年月日 | |
| 氏　　名 | | | |
| 住　所　　（自宅） | （〒　　－　　） | | |
| 電話番号　　（自宅） | | | |

主な職歴

| 期間 | 勤務先 | 職務内容 |
|---|---|---|
| | | |

職務に関する資格

| 資格の種類 | 資格取得年月日 |
|---|---|
| | |

備考（研修等の受講の状況等）

備考　　管理者、サービス管理責任者、サービス提供責任者、相談支援専門員のいずれかを〇印で囲ってください。
管理者、サービス管理責任者、サービス提供責任者、相談支援専門員についてそれぞれ別葉で提出してください。

# 記載例

参考様式４

管　理　者
サービス管理責任者
サービス提供責任者
相談支援専門員

## 経 歴 書

| | |
|---|---|
| 事業所の名称 | かながわ〇△園 |
| サービスの種類 | 生活介護 |

（管理者の場合で当該管理者が管理する事業所が複数の場合はその全てを記載してください。）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 事業の名称 | かながわ〇△園 | | |
| サービスの種類 | 施設入所支援 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| フリガナ | ｶﾅｶﾞﾜｲﾁﾛｳ | 生年月日 | 昭和〇〇年〇月〇日 |
| 氏　　名 | かながわ一郎 | | |
| 住　所　　（自宅） | （〒231-****）　神奈川県平塚市〇〇ー〇〇 | | |
| 電話番号　　（自宅） | 0463－〇〇ー〇〇〇〇 | | |

主な職歴

| 期間 | 勤務先 | 職務内容 |
|---|---|---|
| 昭和〇〇年〇月～平成〇〇年〇月 | 社会福祉法人△△会特別養護老人ホーム〇△□苑 | 介護職員 |
| 平成〇〇年〇月～平成〇〇年〇月 | 社会福祉法人かながわ福祉会かながわ〇△園 | 生活支援員 |
| 平成〇〇年〇月～平成〇〇年〇月 | 同上 | 生活支援課長 |

職務に関する資格

| 資格の種類 | 資格取得年月日 |
|---|---|
| 介護福祉士 | 平成〇〇年〇月〇日 |
| 社会福祉士 | 平成〇〇年〇月〇日 |

備考（研修等の受講の状況等）

備考　　管理者、サービス管理責任者、サービス提供責任者、相談支援専門員のいずれかを〇印で囲ってください。
　　管理者、サービス管理責任者、サービス提供責任者、相談支援専門員についてそれぞれ別葉で提出してください。

（参考様式５）

# 実 務 経 験（見 込）証 明 書

神奈川県知事　様　　平成　　年　　月　　日

所在地

名称

代表者氏名　　印

電話番号

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

| | |
|---|---|
| 氏　　名 | （生年月日　　年　　月　　日） |
| 現　住　所 | |
| 施設又は事業所名 | 施設・事業所の種別（　　） |
| 業　務　期　間 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日（　　年　　月間） |
| 業　務　内　容 | 職名（　　）<br><br><br><br><br> |

（注）１．施設又は事業所名欄には、知的障害者更生施設等の種別も記入すること。

２．業務期間欄は、実務経験被証明者が要援護者に対する直接的な援助を行っていた期間（見込においては援助を行うと見込まれる期間）を記入すること。（産休・育休・療養休暇や長期研修期間等は業務期間となりません）

３．見込証明でない場合は、表題の（見込）を二重線で消すこと。

４．業務内容欄は、看護師、生活指導員等の職名を記入し、業務内容について、老人デイサービス事業における〇〇業務、〇〇実施要綱の〇〇事業の〇〇業務等具体的に記入すること。

５．証明内容を訂正する場合は、二重線で消した上、証明者（代表者）の印を押すこと。

記載例

見込証明でないときは（見込）を二重線で消すこと

（参考様式５）

# 実 務 経 験 ~~（見 込）~~ 証 明 書

法人印を押印

神奈川県 知事　様　　平成　　〇年　〇月　〇日

所在地　　神奈川県〇〇市〇〇町〇〇－〇〇

名称　　社会福祉法人〇△□会

代表者氏名 〇〇　〇〇　　印

電話番号　〇〇〇－〇〇〇－〇〇〇〇

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

| | |
|---|---|
| 氏　　名 | よこはま花子　　（生年月日　昭和〇〇年　〇〇月　〇〇日） |
| 現　住　所 | 横浜市〇〇区〇〇町〇〇－〇〇 |
| 施設又は事業所名 | 〇〇ホーム<br>施設・事業所の種別（　身体障害者療護施設　） |
| 業　務　期　間 | 平成〇〇年　〇月　〇日　～平成〇〇年　〇月　〇日（　〇年　〇月間） |
| 業　務　内　容 | 職名（　生活支援員　）<br>入所者に対する介護業務 |

（注）１．見込証明でない場合は、表題の（見込）を二重線で消すこと。
２．施設又は事業所名欄には、知的障害者更生施設等の種別も記入すること。
３．業務期間欄は、実務経験被証明者が要援護者に対する直接的な援助を行っていた期間（見込においては援助を行うと見込まれる期間）を記入すること。（産休・育休・療養休暇や長期研修期間等は業務期間となりません）
４．業務内容欄は、看護師、生活指導員等の職名を記入し、業務内容について、老人デイサービス事業における〇〇業務、〇〇実施要綱の〇〇事業の〇〇業務等具体的に記入すること。
５．証明内容を訂正する場合は、二重線で消した上、証明者（代表者）の印を押すこと。

参考様式6

# 利用者（入所者）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

| | |
|---|---|
| 事業所の名称 | |
| サービスの種類 | |

| 措置の概要 |
|---|
| 1　利用者（入所者）又はその家族からの相談又は苦情等に対応する常設窓口（連絡先）、担当者<br><br>2　円滑かつ迅速に苦情を解決するための処理体制・手順<br><br>※　具体的な対応方針<br><br>3　その他参考事項 |

備考　上記は例示であるので、これに関わらず、適宜項目を追加し、その内容について具体的に記載してください。

# 記 載 例

参考様式６　　利用者（入所者）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

| | |
|---|---|
| 事業所の名称 | かながわ〇△園 |
| サービスの種類 | 生活介護 |

| 措置の概要 |
|---|
| 1　利用者（入所者）又はその家族からの相談又は苦情等に対応する常設窓口（連絡先）、担当者<br><br>・相談、苦情に関する常設窓口として、相談担当者を設けている。また、担当者不在の場合、事業所の誰もが対応可能なように相談苦情管理対応シートを作成し、担当者に確実に引き継ぐ体制を敷いている。常設窓口（電話番号）〇〇－〇〇〇〇－〇〇〇〇　FAX〇〇－〇〇〇〇－〇〇〇〇担当者　〇〇　〇〇（又は〇〇　〇〇）※利用者には、この内容を印刷物で配布し、周知している。<br><br>・利用者からの苦情に適切に対処するため、当事業所関係者及び利用者以外の中立・公正な「第三者委員」を設置し、双方の間に入って助言を行い、話し合いに立ち会うなど、積極的な役割を果たしてもらっている。「第三者委員」 氏名　〇〇　〇〇（弁護士）氏名　〇〇　〇〇（〇〇法人〇〇〇　監事）<br><br>2　円滑かつ迅速に苦情を解決するための処理体制・手順<br><br>・苦情又は相談があった場合、利用者の状況を詳細に把握するよう、必要に応じ、状況の聞き取りのための訪問を実施し、事情の確認を行う。<br>・相談担当者は、把握した状況を管理者とともに検討を行い、対応を決定する。<br>・対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行う。（時間を要する内容もその旨を翌日までに連絡する。）<br><br>※　具体的な対応方針<br><br>3　その他参考事項<br><br>当事業所において、処理し得ない内容についても、適切な対応方法を利用者の立場にたって検討し、対処する。 |

備考　上記は例示であるので、これに関わらず、適宜項目を追加し、その内容について具体的に記載してください。

（参考様式7）

# 組　織　体　制　図

| | |
|---|---|
| 事業所の名称 | |
| サービスの種類 | |

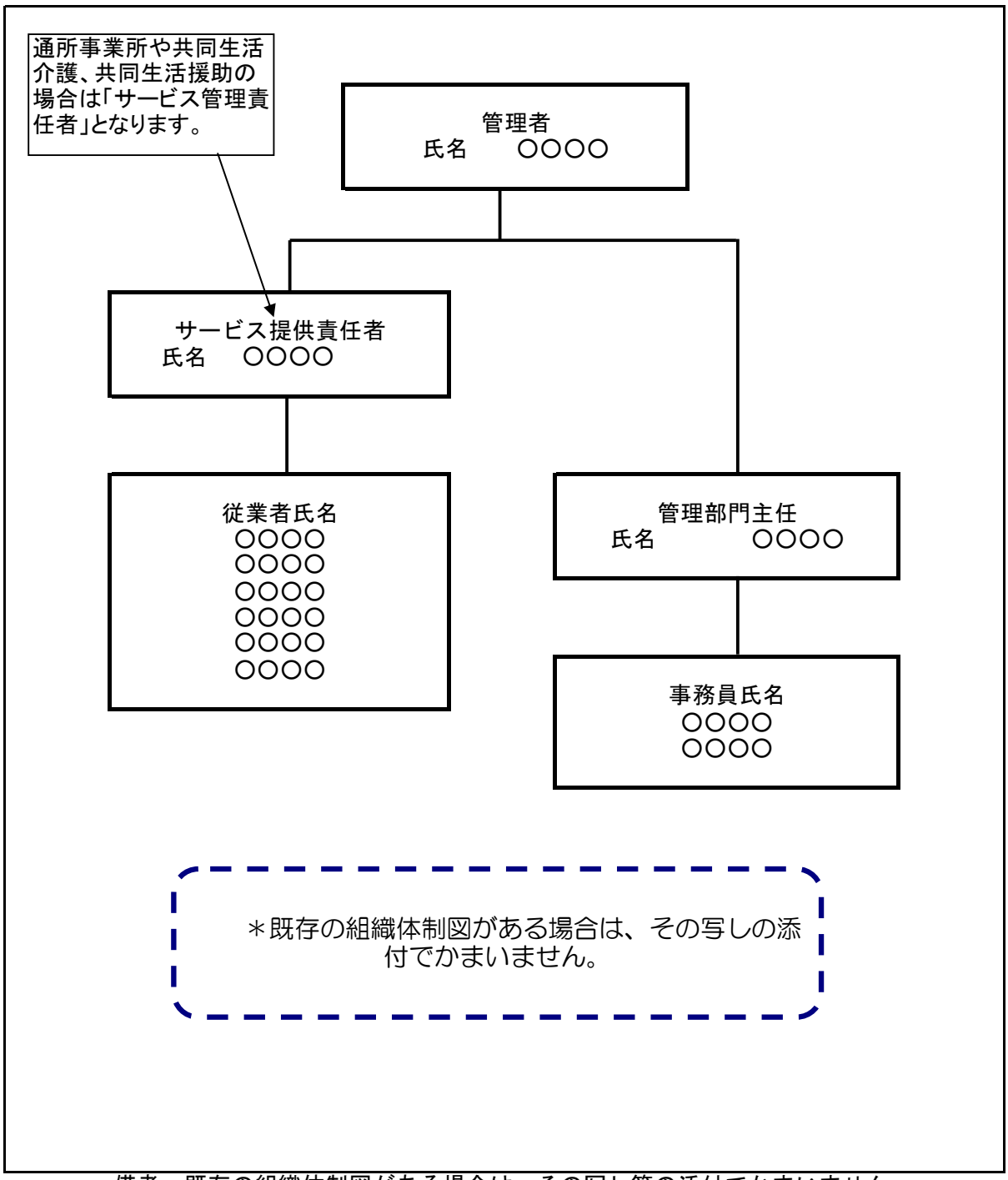
備考　既存の組織体制図がある場合は、その写し等の添付でかまいません。

# 記 載 例

（参考様式7）

## 組　織　体　制　図

| 事業所の名称 | ○△介護サービス |
|---|---|
| サービスの種類 | 居宅介護 |




備考　既存の組織体制図がある場合は、その写し等の添付でかまいません。

（参考様式８）

# 主たる対象者を特定する理由等

| | |
|---|---|
| 事　　業　　所　　名 | |
| サ　ー　ビ　ス　の　種　類 | |

１　申請に係るサービスの主たる対象者　　※該当するものを○で囲むこと。

身体障害者（肢体不自由　・　視覚　・　聴覚言語　・　内部障害）
知的障害者　・　障害児　・　精神障害者

２　主たる対象者を１のとおり特定する理由

３　今後における主たる対象者の拡充の予定

（１）拡充予定の有無

あり　・　なし

（２）拡充予定の内容及び予定時期

（３）拡充のための方策

# 記載例

（参考様式８）

## 主たる対象者を特定する理由等

| | |
|---|---|
| 事　業　所　名 | ○△更生ホーム |
| サ　ー　ビ　ス　の　種　類 | 自立訓練（機能訓練） |

１　申請に係るサービスの主たる対象者　　※該当するものを○で囲むこと。

身体障害者（肢体不自由　・　視覚　・　聴覚言語　・　内部障害）
知的障害者　・　障害児　・　精神障害者

２　主たる対象者を１のとおり特定する理由

前身施設が身体障害者更生施設であり、施設の構造・設備や職員体制が肢体不自由者の機能訓練に特化したものであるため。

３　今後における主たる対象者の拡充の予定

（１）拡充予定の有無

あり　・　なし

（２）拡充予定の内容及び予定時期

（３）拡充のための方策

（参考様式９）

# 障害者自立支援法第３６条第３項各号の規定に該当しない旨の誓約書

平成　　年　　月　　日

神奈川県知事　様

申請者　所在地
　　名　称
代表者　住　所
　　氏　名　　印

当法人（別紙に記載する役員等を含む。）は、下記に掲げる障害者自立支援法第３６条第３項各号の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。

記

【障害者自立支援法第３６条第３項各号の規定】（一部要約）

１　申請者が法人でないとき。

２　当該申請に係るサービス事業所の従業者の知識及び技能並びに人員が、第４３条第１項の厚生労働省令で定める基準を満たしていないとき。

３　申請者が、第４３条第２項の厚生労働省令で定める指定障害福祉サービスの事業の設備及び運営に関する基準に従って適正な障害福祉サービス事業の運営をすることができないと認められるとき。

４　申請者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。

５　申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるもの（※）の規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
（※）児童福祉法、身体障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、社会福祉法、老人福祉法、社会福祉士及び介護福祉士法、介護保険法、精神保健福祉士法

６　申請者が、第５０条第１項の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して５年を経過しない者（当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消しの処分に係る行政手続法第１５条の規定による通知があった日前６０日以内に当該法人の役員又はそのサービス事業所を管理する者（以下「役員等」という。）であった者で当該取消しの日から起算して５年を経過しないものを含み、当該指定を取り消された者が法人でない場合においては、当該通知があった日前６０日以内に当該者の管理者であった者で当該取消しの日から起算して５年を経過しないものを含む。）であるとき。

７　申請者が、第５０条第１項の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第１５条の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第４６条第１項の規定による事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出の日から起算して５年を経過しないものであるとき。

８　前号に規定する期間内に第４６条第１項の規定による事業の廃止の届出があった場合において、申請者が、同号の通知の日前６０日以内に当該届出に係る法人（当該事業の廃止について相当の理由がある法人を除く。）の役員等又は当該届出に係る法人でない者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）の管理者であった者で、当該届出の日から起算して５年を経過しないものであるとき。

９　申請者が、指定の申請前５年以内に障害福祉サービスに関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。

10　申請者が、法人で、その役員等のうちに第４号から前号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。

11　申請者が、法人でない者で、その管理者が第４号から第９号までのいずれかに該当する者であるとき。

記載例

（参考様式９）

# 障害者自立支援法第３６条第３項各号の規定に該当しない旨の誓約書

平成　〇〇年　〇月　〇日

神奈川県知事　様

申請者　所在地　神奈川県横浜市中区〇〇－〇
　　名　称　社会福祉法人かながわ福祉会
代表者　住　所　神奈川県平塚市〇〇－〇〇
　　氏　名　かながわ一郎　　印

法人印を押印

当法人（別紙に記載する役員等を含む。）は、下記に掲げる障害者自立支援法第３６条第３項各号の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。

記

【障害者自立支援法第３６条第３項各号の規定】（一部要約）

１　申請者が法人でないとき。

２　当該申請に係るサービス事業所の従業者の知識及び技能並びに人員が、第４３条第１項の厚生労働省令で定める基準を満たしていないとき。

３　申請者が、第４３条第２項の厚生労働省令で定める指定障害福祉サービスの事業の設備及び運営に関する基準に従って適正な障害福祉サービス事業の運営をすることができないと認められるとき。

４　申請者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。

５　申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるもの（※）の規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
（※）児童福祉法、身体障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、社会福祉法、老人福祉法、社会福祉士及び介護福祉士法、介護保険法、精神保健福祉士法

６　申請者が、第５０条第１項の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して５年を経過しない者（当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消しの処分に係る行政手続法第１５条の規定による通知があった日前６０日以内に当該法人の役員又はそのサービス事業所を管理する者（以下「役員等」という。）であった者で当該取消しの日から起算して５年を経過しないものを含み、当該指定を取り消された者が法人でない場合においては、当該通知があった日前６０日以内に当該者の管理者であった者で当該取消しの日から起算して５年を経過しないものを含む。）であるとき。

７　申請者が、第５０条第１項の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第１５条の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第４６条第１項の規定による事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出の日から起算して５年を経過しないものであるとき。

８　前号に規定する期間内に第４６条第１項の規定による事業の廃止の届出があった場合において、申請者が、同号の通知の日前６０日以内に当該届出に係る法人（当該事業の廃止について相当の理由がある法人を除く。）の役員等又は当該届出に係る法人でない者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）の管理者であった者で、当該届出の日から起算して５年を経過しないものであるとき。

９　申請者が、指定の申請前５年以内に障害福祉サービスに関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。

10　申請者が、法人で、その役員等のうちに第４号から前号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。

11　申請者が、法人でない者で、その管理者が第４号から第９号までのいずれかに該当する者であるとき。

参考様式9別紙

# 役 員 等 名 簿

申請者（法人）名　（　　）

| （ふりがな）<br>氏　　名 | 生年月日<br>役職名・呼称 | 住（ふり）所（がな）<br>TEL | <br>FAX | 押印 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

注　当該法人の役員（業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、法人に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同等以上の支配力を有するものと認められる者を含む。）及び事業所を管理する者について記入・押印してください。

# 記載例

参考様式9別紙

## 役 員 等 名 簿

認め印で可

申請者（法人）名　（社会福祉法人かながわ福祉会）

| （ふりがな）<br>氏　　名 | 生年月日<br>役職名・呼称 | 住（ふり）所（がな）<br>TEL | FAX | 押印 |
|---|---|---|---|---|
| かながわ一郎（いちろう） | 昭和〇〇年〇月〇日<br>理事長 | 神奈川県平塚市（かながわけんひらつかし）〇〇－〇〇<br>0463-××-××××　0463-××-×××× | | 押印 |
| 〇〇〇〇 | 昭和〇〇年〇月〇日<br>理事 | 神奈川県〇〇市（かながわけん　し）〇〇－〇〇<br>×××-×××-××××　×××-×××-×××× | | 押印 |
| 〇〇〇〇 | 昭和〇〇年〇月〇日<br>理事 | 神奈川県〇〇市（かながわけん　し）〇〇－〇〇<br>×××-×××-××××　×××-×××-×××× | | 押印 |
| 〇〇〇〇 | 昭和〇〇年〇月〇日<br>理事 | 神奈川県〇〇市（かながわけん　し）〇〇－〇〇<br>×××-×××-××××　×××-×××-×××× | | 押印 |
| 〇〇〇〇 | 昭和〇〇年〇月〇日<br>理事 | 神奈川県〇〇市（かながわけん　し）〇〇－〇〇<br>×××-×××-××××　×××-×××-×××× | | 押印 |
| 〇〇〇〇 | 昭和〇〇年〇月〇日<br>理事 | 神奈川県〇〇市（かながわけん　し）〇〇－〇〇<br>×××-×××-××××　×××-×××-×××× | | 押印 |
| 〇〇〇〇 | 昭和〇〇年〇月〇日<br>理事 | 神奈川県〇〇市（かながわけん　し）〇〇－〇〇<br>×××-×××-××××　×××-×××-×××× | | 押印 |
| 〇〇〇〇 | 昭和〇〇年〇月〇日<br>理事 | 神奈川県〇〇市（かながわけん　し）〇〇－〇〇<br>×××-×××-××××　×××-×××-×××× | | 押印 |
| 〇〇〇〇 | 昭和〇〇年〇月〇日<br>理事 | 神奈川県〇〇市（かながわけん　し）〇〇－〇〇<br>×××-×××-××××　×××-×××-×××× | | 押印 |
| 〇〇〇〇 | 昭和〇〇年〇月〇日<br>監事 | 神奈川県〇〇市（かながわけん　し）〇〇－〇〇<br>×××-×××-××××　×××-×××-×××× | | 押印 |
| 〇〇〇〇 | 昭和〇〇年〇月〇日<br>監事 | 神奈川県〇〇市（かながわけん　し）〇〇－〇〇<br>×××-×××-××××　×××-×××-×××× | | 押印 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

注　当該法人の役員（業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、法人に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同等以上の支配力を有するものと認められる者を含む。）及び事業所を管理する者について記入・押印してください。

参考様式10

# 協力医療機関との契約の内容

| | |
|---|---|
| 事業所の名称 | |
| サービスの種類 | |

| | |
|---|---|
| 協力医療機関の名称 | |
| 所在地 | |
| 診療科目 | |
| 事業所・施設からの距離 | km　（徒歩　分　車　分） |
| 契約の内容 | |

備考　「契約の内容」は、契約書の写し等の添付でもかまいません。

# 記 載 例

参考様式10

## 協力医療機関との契約の内容

| | |
|---|---|
| 事業所の名称 | かながわ〇〇ホーム |
| サービスの種類 | 共同生活援助 |

| | |
|---|---|
| 協力医療機関の名称 | 医療法人〇〇会　〇〇〇病院 |
| 所在地 | 神奈川県〇〇市△△町〇丁目〇〇番 |
| 診療科目 | 〇〇科、〇〇科、〇〇科 |
| 事業所・施設からの距離 | 〇〇 km　　（徒歩　〇〇分　車　〇〇分） |
| 契約の内容 | （例）<br>協力病院と以下のような契約を結び、緊急時等に対する体制を整えている。<br><br>1　入居者の緊急な医学的治療を要する際には、迅速に入院、往診の処置を行う。<br><br>2　日祝日並びに夜間についても、入居者の緊急な医学的治療を要する場合は、直ちに医学的処遇を行うため万全の体制を確保する。<br><br>3　相互に疑義を生じたときは、双方誠実に協議善処するものとする。<br><br>等<br><br>＊契約書の写しを添付してもかまいません。 |

備考　「契約の内容」は、契約書の写し等の添付でもかまいません。

参考様式11

# 指定障害者支援施設等との連携体制及び支援の体制の概要

| | |
|---|---|
| 事業所の名称 | |
| サービスの種類 | |

| | |
|---|---|
| 連携及び支援を受ける施設の名称 | |
| 所在地 | |
| 事業所・施設からの距離 | km　（徒歩　分　車　分） |
| 連携支援の概要 | |

備考　バックアップ施設のない事業所は、運営法人等との連携体制、支援体制を記載して下さい

# 記 載 例

参考様式11　　指定障害者支援施設等との連携体制及び支援の体制の概要

| | |
|---|---|
| 事業所の名称 | かながわ〇△ホーム |
| サービスの種類 | 共同生活援助 |

| | |
|---|---|
| 連携及び支援を受ける施設の名称 | かながわ〇△園 |
| 所在地 | 〇〇市〇〇町〇〇－〇〇 |
| 事業所・施設からの距離 | 〇 km　　（徒歩　〇分　車　〇分） |
| 連携支援の概要 | 上記の施設と以下のような連携･支援体制を整えている<br>・世話人の選定及び世話人の代替要員を確保する。<br>・入居者に対して食事の提供、健康管理･金銭管理の援助等日常生活に必要な援助を行う。<br>・世話人の指導、監督、援助、研修を行う。<br>・緊急時の対応、職場等における問題への対応について、必要な援助を行う。 |

備考　　バックアップ施設のない事業所は、運営法人等との連携体制、支援体制を記載して下さい。

（別紙）

# 他の法律において既に指定を受けている事業等について

| 法律の名称 | サービスの種類 | 事業所・施設名称 | 指定年月日 | 指定事業所番号 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

（別紙）

他の法律において既に指定を受けている事業等について

| 法律の名称 | サービスの種類 | 事業所・施設名称 | 指定年月日 | 指定事業所番号 |
|---|---|---|---|---|
| 介護保険法 | 訪問介護 | ○△ホームヘルプ | 平成18年7月1日 | ＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊ |
| | | | | |
| | | | | |
| | ・法人として既に指定を受けている事業等があれば記入してください。<br>（介護保険法での指定を受けている場合など） | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

別紙2

# 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

| | |
|---|---|
| 事業所名 | |
| サービス種類 | |

| 職種 | 勤務形態 | 氏名 | | 第１週 | | | | | | | 第２週 | | | | | | | 第３週 | | | | | | | 第４週 | | | | | | | 4週の合計 | 週平均の勤務時間 | 常勤換算後の人数 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 日付 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | | | |
| | | | 曜日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 開所日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0.0 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0.0 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0.0 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0.0 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0.0 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0.0 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0.0 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0.0 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0.0 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0.0 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0.0 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0.0 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0.0 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0.0 | |
| 合計 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0.0 | |
| 当該事業所・施設において常勤職員が1週間に勤務すべき時間数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注1　本表はサービスの種類ごとに作成してください。
注2　「職種」欄は、直接サービス提供職員に係る職種を記載し、「勤務形態」欄は、①常勤・専従、②常勤・兼務、③非常勤・専従、④非常勤・兼務のいずれかを記載するとともに、加算等に係る職員の加配を区分した上、それぞれ1日あたりの勤務時間を記載してください。
注3　算出に当たっては、小数点以下第2位を切り捨ててください。

別紙2

# 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

| 事業所名 | かながわ事業所 |
|---|---|
| サービス種類 | 居宅介護 |

| 職種 | 勤務形態 | 氏名 | 第１週 | | | | | | | 第２週 | | | | | | | 第３週 | | | | | | | 第４週 | | | | | | | 4週の合計 | 週平均の勤務時間 | 常勤換算後の人数 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 日付 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | | | |
| | | 曜日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | | | |
| | | 開所日 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | | | | |
| サービス提供責任者 | 常勤 | ○○　太郎 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | | | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | | | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | | | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | | | 160 | 40.0 | |
| ヘルパー | 常勤 | △△　花子 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | | | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | | | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | | | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | | | 160 | 40.0 | |
| ヘルパー | 非常勤 | □□　良子 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | | | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | | | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | | | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | | | 80 | 20.0 | |
| ヘルパー | 非常勤 | ☆☆　一郎 | 3 | | 3 | | 3 | | | 3 | | 3 | | 3 | | | 3 | | 3 | | 3 | | | 3 | | 3 | | 3 | | | 36 | 9.0 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0.0 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0.0 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0.0 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0.0 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0.0 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0.0 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0.0 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0.0 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0.0 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0.0 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0.0 | |
| 合計 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 436 | 109.0 | 2.7 |
| 当該事業所・施設において常勤職員が1週間に勤務すべき時間数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 40 | | |

全員分の週平均の勤務時間を合計し、法人の就業規則で定められた常勤職員が1週間に勤務すべき時間数（この例は40。32時間を下回る場合は32を基本とします）で割り、小数点第2位以下を切り捨てます。
109÷40＝2,75→常勤換算後の人数は2.7

事業所において規定している時間数を記載してください。

注1　本表はサービスの種類ごとに作成してください。
注2　「職種」欄は、直接サービス提供職員に係る職種を記載し、「勤務形態」欄は、①常勤・専従、②常勤・兼務、③非常勤・専従、④非常勤・兼務のいずれかを記載するとともに、加算等に係る職員の加配を区分した上、それぞれ1日あたりの勤務時間を記載してください。
注3　算出に当たっては、小数点以下第2位を切り捨ててください。

# 指定障害福祉サービス事業所管理者誓約書

「障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年9月29日厚生労働省令第171号）」の規定に従い、運営に関する基準を遵守し、当指定障害福祉サービス事業所の管理者の責務を適正に果たすことを誓約します。

平成　　年　　月　　日

神奈川県知事　様

事業者名（開設法人名）

代表者氏名　　印

事業所名

管理者氏名　　印

障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準【抜粋】

**■　指定居宅介護事業所の場合**

（管理者及びサービス提供責任者の責務）

第30条　指定居宅介護事業所の管理者は、当該指定居宅介護事業所の従業者及び業務の管理を一元的に行わなければならない。

２　指定居宅介護事業所の管理者は、当該指定居宅介護事業所の従業者にこの章の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行うものとする。

＊第30条は、重度訪問介護及び行動援護事業所に係る指定障害福祉サービスの事業について準用されています。

**■指定居宅介護事業所以外の指定障害福祉サービス事業所の場合**

（管理者の責務）

第66条　指定療養介護事業所の管理者は、当該指定療養介護事業所の従業者及び業務の管理その他の管理を一元的に行わなければならない。

２　指定療養介護事業所の管理者は、当該指定療養介護事業所の従業者にこの章の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行うものとする。

＊第66条は、以下の指定障害福祉サービスの事業について準用されています。
生活介護、児童デイサービス、短期入所、重度障害者等包括支援、共同生活介護、自立訓練（機能訓練）、自立訓練（生活訓練）、就労移行支援、就労継続支援Ａ型、就労継続支援Ｂ型、共同生活援助。

# 指定障害者支援施設等管理者誓約書

「障害者自立支援法に基づく指定障害者支援施設等の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年9月29日厚生労働省令第172号）」の規定に従い、運営に関する基準を遵守し、当指定障害者支援施設の管理者の責務を適正に果たすことを誓約します。

平成　　年　　月　　日

神奈川県知事　様

事業者名（開設法人名）

代表者氏名　　印

施設名

管理者氏名　　印

障害者自立支援法に基づく指定障害者支援施設等の人員、設備及び運営に関する基準【抜粋】

（管理者による管理等）

第40条

（第１項 略）

２　指定障害者支援施設等の管理者は、当該指定障害者支援施設等の従業者及び業務の管理その他の管理を一元的に行わなければならない。

３　指定障害者支援施設等の管理者は、当該指定障害者支援施設等の従業者にこの章の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行うものとする。

# 指定相談支援事業所管理者誓約書

「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18年9月29日厚生労働省令第173号）」の規定に従い、運営に関する基準を遵守し、当指定相談支援事業所の管理者の責務を適正に果たすことを誓約します。

平成　　年　　月　　日

神奈川県知事　様

事業者名（開設法人名）

代表者氏名　　印

事業所名

管理者氏名　　印

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【抜粋】

（管理者の責務）

第18条　指定相談支援事業所の管理者は、当該指定相談支援事業所の相談支援専門員その他の従業者の管理、指定相談支援の利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行わなければならない。

２　指定相談支援事業所の管理者は、当該指定相談支援事業所の相談支援専門員その他の従業者にこの章の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行うものとする。

.

～参考～

# サービス別提出書類一覧・添付書類等の留意事項

# サービス別　事業所指定申請必要書類一覧

| | 居宅介護<br>重度訪問<br>行動援護 | 療養介護 | 生活介護 | 児童デイ | 短期入所 | 重度障害者等<br>包括支援 | 共同生活介護 | 自立訓練<br>（機能訓練） | 自立訓練<br>（生活訓練） | 就労移行支援 | 就労継続支援<br>Ａ型・Ｂ型 | 共同生活援助 | 相談支援 | 地域移行型<br>ホーム | 障害者<br>支援施設 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 様式第1号　　（申請書） | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 別紙 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 口座振込（変更）依頼書 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 各種付表 | 付表１<br>１-2 | 付表2 | 付表3<br>3-2 | 付表4 | 付表5 | 付表6 | 付表7 | 付表9<br>9-2 | 付表10<br>10-2 | 付表11<br>11-2 | 付表12<br>12-2 | 付表7 | 付表14 | 付表7 | 付表8<br>その1～3 |
| 多機能型の場合 | | | 付表13<br>13-2 | 付表13<br>13-2 | | | | 付表13<br>13-2 | 付表13<br>13-2 | 付表13<br>13-2 | 付表13<br>13-2 | | | | |
| 定款、登記簿謄本等 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 運営規程 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 参考様式1　（平面図） | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 参考様式2　（面積） | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ |
| 参考様式3　（設備） | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 参考様式4　（経歴書） | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 参考様式5　（実務経験） | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 参考様式6　（苦情解決） | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 別紙2　　（勤務形態） | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 参考様式7　（組織体制） | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 参考様式8　（主たる対象者） | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 参考様式9　（誓約書） | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 別紙　（役員名簿） | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 参考様式10　（協力医療） | | | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ |
| 参考様式11　（支援体制） | | | | | | | ○ | | | | | ○ | | ○ | |
| 入所定員・精神科病床数減少計画書 | | | | | | | | | | | | | | ○ | |
| 管理者の誓約書 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 資産の状況 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| その他必要なもの | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書 | | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

●多機能型での申請の場合は、それぞれの事業ごとの必要書類に併せて、付表１３を提出して下さい。

●申請書・添付書類の様式等は、インターネットサイト「障害福祉情報サービスかながわ」(http://www.rakuraku.or.jp/shienhi/)の「書式ライブラリ」→「7.事業所指定申請書様式」→「1.障害福祉サービス事業等」よりダウンロードできます。

●介護給付費算定に係る体制等に関する届出書は、「障害福祉情報サービスかながわ」→「書式ライブラリ」→「8.変更届・体制届等様式」→「2.体制等に関する届出様式」よりダウンロードできます。

# 添付書類、参考様式の種類と記載時の留意事項・説明 (2010209)

◇申請書・添付書類の様式等は、インターネットサイト「障害福祉情報サービスかながわ」（http://www.rakuraku.or.jp/shienhi/）の「書式ライブラリ」よりダウンロードできます。
◇必ず最新版のものをダウンロードして使用して下さい。

| 様式名等 | 記載時の留意事項・説明 |
|---|---|
| 様式第１号　　指定申請書 | 各サービスともに申請書は同形式です。紙とともに、データを入れたＣＤ等（ＭＯ、ＵＳＢメモリ不可）も提出して下さい。データは必ずウイルスチェックを行い、ウイルスの感染防止にご協力下さい。 |
| 別紙　　他の法律において既に指定を受けている事業等について | 他の法律において既に指定を受けている事業がある場合記載して下さい(介護保険法等)。ない場合は別紙添付の必要はありません。 |
| 口座振込（変更）依頼書 | 所定の様式によります。紙とともに、データを入れたＣＤ等（ＭＤ、ＵＳＢメモリ不可）も提出して下さい。データは必ずウイルスチェックを行い、ウイルスの感染防止にご協力下さい。 |
| 各種付表 | ・指定を受けようとする事業の種類により付表が異なります。紙とともに、データを入れたＣＤ等（ＭＤ、ＵＳＢメモリ不可）も提出して下さい。データは必ずウイルスチェックを行い、ウイルスの感染防止にご協力下さい。<br>・「指定申請書」「口座振替の依頼書」「付表」を一枚のＣＤ等に入れてください。その他の添付書類の電子データは必要ありませんのでご注意下さい。 |
| 申請者の定款、寄附行為等及びその登記簿謄本（又は条例） | ・申請に係る事業を実施する旨の認可がされていることが必要です。<br>・公益法人等で、申請までに定款又は寄付行為の変更手続きが終了していない場合にあっては、変更認可前の定款に加えて、当該事業を行う旨の内容が確認できる書類（理事会議事録等）を提出していただき、併せて法人認可所官庁との手続き状況を報告して下さい。<br>・登記簿は履歴事項全部証明書を提出して下さい。複数の事業所を同時申請する場合は、原本1部で可。（コピーも不要）。<br>・定款等が変更の手続き中で、申請時に間に合わない場合は、変更前の定款および登記簿謄本（写しでも可）を提出して下さい。変更が完了後速やかに、変更後の定款及び登記簿謄本を提出して下さい。 |
| 運営規程 | 参考例をインターネットサイト「障害福祉情報サービスかながわ」に掲載しています。 |
| 参考様式１　　事業所・施設の平面図 | ・既製の平面図（建築図面等）がある場合はそれをＡ3（またはＡ4）に縮尺の上、添付して下さい。複数の事業所で同じ建物を使う場合は、事業で使う場所が分かるように色分け等をしてください。 |
| | ・事業所の写真（外観及び内部）を添付して下さい。写真には、どの部分の写真であるか記載して下さい。 |
| 参考様式２　　居室面積等一覧表 | 事業所の設備の面積等について記載して下さい。 |
| 参考様式３　　事業所の設備・備品等一覧表 | ・消防設備、衛生用品を含め、事業所の設備・備品等について、基準省令の規定に沿って配慮、措置した事項について記載して下さい。 |
| 参考様式４　　管理者・サービス管理責任者・サービス提供責任者・相談支援専門員の経歴書 | ・管理者・サービス管理責任者・サービス提供責任者について、それぞれ別に作成して下さい。<br>・短期入所を申請する際には管理者の経歴書が必要です。<br>・居宅介護・重度訪問介護・行動援護・重度障害者等包括支援を申請する際には、管理者・サービス提供責任者の経歴書が必要です。<br>・療養介護・生活介護・児童デイ・共同生活介護・自立訓練（機能訓練・生活訓練）・就労移行支援・就労継続支援（Ａ型・Ｂ型）・共同生活援助・障害者支援施設を申請する際には、管理者・サービス管理責任者の経歴書が必要です。<br>・相談支援を申請する際には、管理者・相談支援専門員の経歴書が必要です。 |
| 参考様式５　　実務経験（見込）証明書 | ・サービス管理責任者・サービス提供責任者・相談支援専門員について、それぞれ作成して下さい。研修修了書(写し)・資格を証する書面を添付して下さい。<br>・行動援護の事業を申請する場合は、従業者それぞれの実務経験(見込)証明書が必要です。<br>・期間、日数が記載されている実務経験証明書であれば、この様式にこだわる必要はありません。 |

| 様式名等 | | 記載時の留意事項・説明 |
|---|---|---|
| 参考様式６ | 利用者（入所者）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 | 利用者（入所者）からの苦情を解決するために講じる具体的な方法を記入して下さい。苦情解決に関して法人の内規等がある場合は一部添付して下さい。 |
| 別紙２ | 従業者の勤務の態勢及び勤務形態一覧表 | 従業者の一ヶ月の勤務体制について記入して下さい。 |
| 参考様式７ | 組織体制図 | 事業所に既存の組織体制図があればその写しで構いません。 |
| 参考様式８ | 指定障害福祉サービスの主たる対象者を特定する理由等 | 主たる対象者を特定する場合に提出して下さい。特定しない場合は提出の必要はありません。 |
| 参考様式９ | 障害者自立支援法第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書 | 当該法人の役員及び事業所を管理する者について記入し、全員の押印が必要です。複数の事業所を同時申請する場合は、原本1部で可（コピーも不要）。 |
| 別紙 | 役員等名簿 | 参考様式9で使用する役員名簿です。 |
| 参考様式１０ | 協力医療機関との契約の内容 | 協力医療機関との契約内容について記入して下さい。「契約の内容」欄は、契約書の写しでもかまいません。事前に協力医療機関に了解を得て下さい。 |
| 参考様式１１ | 指定障害者支援施設等との連携体制及び支援の体制の概要 | 指定障害者支援施設等との連携体制・支援体制の概要を記載して下さい。事前に指定障害者支援施設等に了解を得て下さい。 |
| 入所定員又は精神科病院の精神病床数の減少計画書 | | 地域移行型ホームの事業を申請する場合は提出して下さい。 |
| 管理者誓約書 | | 指定障害福祉サービス事業所、指定障害者支援施設、指定相談支援事業所に分かれていますので、該当するものを使用して下さい。<br>管理者の個人印が必要です。指定申請書提出時は管理者の立会いが必要です。 |
| 申請する事業の資産の状況<br>・財産目録又は決算書等<br>・事業計画書<br>・収支予算書 | | ・法人の「財産目録」又は「決算書」（直近のもの）を添付して下さい。<br>・「事業計画書」は当該事業所の年間事業計画を作成（様式は任意）し添付して下さい。<br>・「収支予算書」は、事業計画を基に、申請事業に係る当該事業所の収支予算を作成して下さい。 |
| その他必要なもの | | ・居宅介護・重度訪問介護・行動援護の事業を申請する場合は、従業者全てについて、資格を証する書面の写しを添付してください。<br>・介護保険事業所の場合は、介護保険事業所「指定通知」の写しを添付して下さい。<br>・不慮の事故等に備えた、「損害賠償責任保険証書」の写しを添付して下さい。<br>・事業所の建物が賃貸等の場合は、「建物賃貸借契約書」等の写しを添付して下さい。<br>・地震防災対策強化地域内に所在し、障害福祉サービス事業等（居宅介護・重度訪問介護・行動援護・療養介護・重度障害者等包括支援・相談支援以外）の指定を受けようとする場合であって、利用者及び職員を含め収容人数が30人以下となる事業所・施設は、大規模地震対策特別措置法に基づく「地震防災応急計画」を作成する必要があります（収容人数が30名以上の事業所・施設は消防署への提出をもって準用されます）。参考例等をインターネットサイト「障害福祉情報サービスかながわ」→「神奈川県からのお知らせ」に掲載しています。<br>※神奈川県内の地震防災対策強化地域･･･平塚市、小田原市、茅ヶ崎市、秦野市、厚木市、伊勢原市、海老名市、南足柄市、寒川町、大磯町、二宮町、中井町、松田町、山北町、開成町、真鶴町、湯河原町<br>・居宅介護の事業を申請し、通院等乗降介助のサービス提供を行う場合は、「有償運送許可証」の写しを添付して下さい。 |
| ・介護給付費算定に係る体制等に関する届出書 | | サービス種類ごとに必要な書類が異なりますので注意してください。居宅介護、重度訪問介護、行動援護、重度障害者等包括支援は新規指定申請時にこの届出は必要ありません。 |