

指定障害福祉サービス事業者 の皆様  
指定障害者支援施設  
指定障害児通所支援事業者  
指定障害児入所施設

川崎市健康福祉局障害保健福祉部障害者施設指導課長

## サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者に関する告示の改正について

本市の障害福祉施策の推進につきましては、日頃から御理解、御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

令和5年6月30日、サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者（以下、「サビ児管」という）に関する告示が改正されました。概要は以下のとおりです。

### 1 実践研修の受講に必要な実務経験について

サビ児管の研修体系については、令和元年度より、基礎研修、補足研修を修了後に実践研修を受講するために必要な実務経験（OJT）を「2年以上」としております。

例外として、以下の要件をすべて満たす場合は実践研修を受講するために必要な実務経験（OJT）は「6ヵ月以上」となります。一部でも満たさない要件があれば、通常通り、実践研修を受講するために必要な実務経験（OJT）は「2年以上」です。

要件1：基礎研修受講開始時において既に実務経験要件を満たしている。

要件2：実践研修を受講するための実務経験（OJT）として障害福祉サービス事業所等において、障害福祉サービスに係る個別支援計画作成の業務に従事する。

要件3：上記について、指定権者に届け出ている。

#### （要件1 注意点）

- ・基礎研修受講開始時については基礎研修の修了証に記載されている修了日とします。補足研修の修了日ではありません。
- ・実務経験要件とは相談支援業務5年以上又は直接支援業務8年以上を満たしていること（有資格者については通算5年又は3年に短縮あり）

#### （要件2 注意点）

個別支援計画作成の業務とは以下のいずれかの場合が該当します。

- ・サビ児管のもとで、基礎研修・補足研修修了者が個別支援計画の原案作成までの一連の業務に従事する場合（いわゆる2人目サビ児管）
- ・やむを得ない事由によりサビ児管を欠いている事業所等において、みなしサビ児管として個別支援計画作成の一連の業務に従事する場合（やむを得ない事由によるみなし配置）
- ・令和3年度末までに基礎研修・補足研修を修了し、実務経験要件を満たした者が、みなしサビ児管として個別支援計画作成の一連の業務に従事する場合（経過措置の

みなし配置)

OJTの開始（2年以上又は6ヵ月以上の期間の開始）は、基礎研修・補足研修の両方の修了者となった時点からです。

(要件3 注意点)

- ・ 指定権者への届出方法については別紙を参照

## 2 やむを得ない事由によりサビ児管が欠けた場合の措置について

サビ児管がやむを得ない事由により欠如した場合に実務経験要件を満たす者をサビ児管とみなして配置する措置については、現行制度上、サビ児管の欠如時から1年間としております。

現行制度に加え、以下のいずれの要件も満たす者について、当該者が実践研修を修了するまでの間に限り、サービス管理責任者等とみなして配置可能（最長2年間）とします。

要件1：実務経験要件を満たしていること

要件2：サビ児管が欠如した時点で既に基礎研修・補足研修を修了済みであること

要件3：サビ児管が欠如する以前から当該事業所に配置されていること

(注意点)

- ・ やむを得ない事由によるみなし配置については、従前どおり、やむを得ない事由かどうかは指定権者にて判断となりますので、必ず事前にご相談ください。

## 3 更新研修の受講に必要な実務経験の範囲について

サビ児管更新研修の受講に必要な実務経験として、以下の改正が行われました。

(現行制度)

サビ管の更新研修において、児発管の実務経験は要件として認められていない。

児発管の更新研修において、サビ管の実務経験は要件として認められていない。

(制度改正後)

サビ管の更新研修では児発管の実務経験を要件として認める。

児発管の更新研修ではサビ管の実務経験を要件として認める。

## 別紙 実践研修の受講に必要な実務経験（6ヵ月以上への短縮）の指定権者への届出について

### （１）提出様式

○・・・必ず提出

△・・・該当時提出

- 変更届出書
- 実践研修受講に係る実務経験の短縮の届出（参考様式20）
- 該当者の経歴書（参考様式4）
- 研修修了証の写し（基礎研修、補足研修）
- 該当者の実務経験証明書（参考様式5）  
基礎研修修了日における実務経験を証明してください。
- △資格証の写し  
実務経験年数を短縮する場合には該当する資格証の写しが必要です。

様式はウェブサイト「障害福祉情報サービスかながわ」の書式ライブラリに掲載しています。

障害福祉情報サービスかながわ (<https://shougai.rakuraku.or.jp/>)

⇒「文書/カテゴリ検索」

⇒「3. 川崎市からのお知らせ」

⇒「1. 川崎市からのお知らせ」

### （２）提出期限

個別支援計画作成業務への配置後10日以内

※本事務連絡発出日以前に要件を満たしていた方について、6ヵ月以上への短縮を行う場合は速やかに御提出ください。

### （３）留意事項

- ・ O J T 6ヵ月対象者として実践研修に申し込む場合は、指定権者への届出の参考様式20の写しを提出する必要があります。写しを必ず保管してください。
- ・ 2人目サビ児管の配置に係る変更届を既に提出いただいている事業所においても、O J T 6ヵ月対象者となる場合は、本届出書を提出願います。
- ・ 実践研修の実施において、指定研修事業者の照会に応じて本届出の情報を提供する場合があります。

### （４）届出提出先

〒210-8577 川崎市川崎区宮本町1番地

川崎市健康福祉局障害保健福祉部障害者施設指導課事業者指定担当

電話 044-200-2927

現在の事業に変更が発生した場合の手続きと届出の方法

1 変更の届出

指定障害福祉サービス事業者等は、次に掲げる事項に変更があった場合、変更の日から10日以内に川崎市に届け出る必要があります。

変更の届出に際しては、必要な添付書類を**変更届出書**に添付して提出してください。

なお、事業所の移転、共同生活住居（サテライト住居を含む）の追加・転居、定員の増加に関係しない従たる事業所の追加の場合は、設備基準、人員基準等を確認するために、「移転等をしたい月」の前々月末日までに対面による相談を行い、前月15日までに持参により届け出る必要があります。最終頁に記載の連絡先に事前にご連絡いただき、日程調整の上でお越しください。

**※ 居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護の障害福祉サービスの事業所の移転については、必ず事前に御連絡の上、移転後10日以内に変更届を御提出ください。**

|   | 変更の届出を要する事項  | 必要な添付書類（変更後のもの）   | 備 考   |
|---|--|-------------------|---|
| 1 | 事業所（施設）の名称   | 運営規程              |   |
| 2 | 事業所（施設）の所在地<br>（設置の場所）<br><br>※グループホームの共同生活住居（サテライト住居を含む）の追加・転居の場合も該当<br><br>※定員の増加に関係しない従たる事業所の追加の場合も該当<br><br>※事前に消防署から防災設備に係る確認を、まちづくり局から建物の用途に係る確認を、それぞれ受けてください（確認を受け、適切な対応が済んでいない場合は届出を受理いたしません）。 | 運営規程              | 電話番号、FAX 番号も変更の場合は、変更届出書に記載してください。  |
|   |  | 平面図（参考様式1）        |   |
|   |  | 面積等一覧（参考様式2）      | 郵便番号の変更についても記載してください。   |
|   |  | 設備・備品一覧（参考様式3）    |   |
|   |  | 事業所の外観、内部の写真（カラー） | 共同生活住居の追加の場合、「介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書（体制届）」も同時に提出してください。                            |
|   |  | 建物賃貸借契約書の写し       |   |
|   |  | 損害賠償保険に係る書類の写し    | 損害賠償保険に係る書類の写しは、定員増や転居等の結果、現在加入している保険に契約変更が必要な場合のみ必要で、手続きが済んだことを確認できる書類を提出してください。 |
|   |  | 各付表               |   |
| 3 | 事業所（施設）の連絡先（電話番号・FAX 番号）   | （添付書類は特になし）       |   |
| 4 | 申請者（申請法人）の名称   | 定款                | 複数事業所がある場合、定款、登記事項証明添付は1部でかまいません。登記事項証明は発行後3か月以内の原本が必要です。                         |
|   |  | 登記事項証明（履歴事項全部証明書） |   |
|   |  | 運営規程              | 事業所の設置者（法人）が変わる場合は新規指定申請を行う必要があります。   |
| 5 | 法人の主たる事務所の所在地  | 定款                | 電話番号、FAX 番号も変更の場合は、変更届出書に記載してください。登記事項証明は発行後3か月以内の原本が必要です。                        |
|   |  | 登記事項証明（履歴事項全部証明書） |   |

|    | 変更の届出を要する事項  | 必要な添付書類（変更後のもの）   | 備 考  |
|----|--|---|--|
| 6  | 代表者の氏名、生年月日、住所及び職名   | 登記事項証明（履歴事項全部証明書）<br>誓約書（参考様式9-1）<br><small>※指定障害福祉サービス、障害者支援施設の場合</small><br>誓約書（参考様式9（特定相談用））<br><small>※特定相談支援の場合</small><br>誓約書（参考様式9-2）<br><small>※一般相談支援の場合</small><br>役員等名簿（参考様式9別紙） | 登記事項証明は発行後3か月以内の原本が必要です。<br>役員等名簿は、代表者の分のみ御提出ください（変更のない役員等の記載は不要です）。   |
| 7  | 定款・寄付行為等及びその登記簿の謄本又は条例等<br>（当該指定に係る事業に関するものに限る）  | 定款<br>登記事項証明（履歴事項全部証明書）   | 登記事項証明は発行後3か月以内の原本が必要です。   |
| 8  | 建物の構造概要及び平面図（用途を明示）並びに設備の概要<br><br><small>※壁の撤去や再構築等のように部屋の構造を変更する場合は、設備基準等を満たしていることを確認する必要があることから、「変更をしたい月」の前々月末日までに対面による相談を行い、前月15日までに全ての書類等を整えた上で、持参による届出が必要です。</small> | 平面図（参考様式1）<br>面積等一覧（参考様式2）<br>設備・備品一覧（参考様式3）<br>内部の写真（カラー）<br>建物賃貸借契約書の写し   | 建物賃貸借契約書の写しは、契約内容に変更がある場合のみ必要です。   |
| 9  | 事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴<br><br><small>※生活介護、自立訓練（機能訓練、生活訓練）、就労移行、就労A、就労Bの管理者、又は、障害者支援施設の施設長については、管理者等の要件を満たしていることを証明できるものが必要です。</small>                                 | 経歴書（参考様式4）<br>勤務形態一覧表（別紙2）<br>※人員基準適合確認シート（体制届別紙3）<br>組織体制図（参考様式7）<br>管理者誓約書<br>役員等名簿（参考様式9別紙）  | 役員等名簿は、管理者の分のみ御提出ください（変更のない役員等の記載は不要です）。<br><br><small>※訪問系・相談支援を除くサービスは人員基準を確認しますので、体制届の提出が不要な場合でも提出してください。</small><br><br>法第36条第3項各号（一般相談は第51条の19第2項）の規定に該当しない旨の誓約書は省略可としますが、同号の規定に該当しないことを法人代表者は必ず確認してください。 |
| 10 | 事業所のサービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴   | 経歴書（参考様式4）<br>※資格証明書の写し及び各研修の修了証の写し<br>勤務形態一覧表（別紙2）<br>※実務経験証明書（参考様式5）<br>組織体制図（参考様式7）  | ※資格が介護職員初任者研修（ヘルパー2級）の場合、3年以上の実務経験証明書が必要です。<br><br>※行動援護のサービス提供責任者は5年（あるいは3年）以上の実務経験証明書が必要です。  |

|    | 変更の届出を要する事項  | 必要な添付書類（変更後のもの）   | 備 考  |
|----|--|---|--|
| 10 | 事業所のサービス管理責任者・相談支援専門員の氏名、生年月日、住所及び経歴   | 経歴書（参考様式4）<br>資格証明書の写し、各研修の修了証の写し<br>勤務形態一覧表（別紙2）<br>※人員基準適合確認シート（体制届別紙3）<br>実務経験証明書（参考様式5）<br>組織体制図（参考様式7）<br>他の事業所又は施設の従事者と兼務する相談支援専門員について<br>※相談支援専門員変更の場合のみ | サービス管理責任者の場合は、各研修修了の状況により提出書類が異なります。<br>以下の「サービス管理責任者必要書類詳細」を参照してください。 |
| 11 | 主たる対象者   | 運営規程<br>※主たる対象者を特定する理由等（参考様式8）  | ※特定なしの場合は参考様式8の提出は不要です。  |
| 12 | 運営規程<br>（定員変更も運営規程の変更になります。生活介護・就労継続支援B型・障害者支援施設の定員増に係る変更については、「2 指定変更の申請」を参照） | 運営規程<br>※勤務形態一覧表（別紙2）<br>※組織体制図（参考様式7）  | ※定員変更に伴う職員体制の変更がある場合は必要です。<br>また、定員変更の場合は体制届も同時に提出してください。              |
| 13 | 事業所の種別<br>※短期入所・共同生活援助の種別変更は対面による相談が必要です。                                      | 運営規程<br>【短期入所空床型が併設型に種別を変更する場合】<br>・事業所の平面図<br>・居室面積等一覧表<br>・事業所の設備・備品の一覧表<br>・併設型で使用する居室等の写真   |  |
| 14 | 短期入所の併設型・単独型における利用定員数又は空床型における当該施設の入所定員  | 運営規程<br>【併設型単独型の定員変更の場合】<br>・事業所の平面図<br>・居室面積等一覧表<br>・事業所の設備・備品の一覧表<br>・追加された居室等の写真   |  |
| 15 | 協力医療機関の名称及び診療科名並びに協力医療機関との契約内容   | 協力医療機関との契約内容（参考様式10）  |  |
| 16 | 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及び支援の体制の概要（参考様式11）  |  |
| 17 | 併設する施設がある場合の当該併設施設の概要  | 併設施設の変更が分かる書類   |  |
| 18 | 同一敷地内にある入所施設及び病院の概要  | 入所施設及び病院の変更が分かる書類   |  |
| 19 | 指定地域相談支援の提供に当たる者の氏名、生年月日及び住所   | 経歴書（参考様式4）  | 相談支援専門員を兼務する場合は、10に定める書類も併せて必要です。                                      |
| 20 | 重度障害者等包括支援に係る障害福祉サービスの種類   | 運営規程  |  |
| 21 | 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                                | 委託契約書   |  |



|    | 変更の届出を要する事項                                    | 必要な添付書類（変更後のもの）   | 備 考   |
|----|--|---|---|
| 22 | 他の障害福祉サービス事業者等との連携体制又は支援体制の概要                  | 連携体制又は支援体制が分かる書類  |   |
| 23 | 連携する公共職業安定所等の名称                                | （添付書類は特になし）   |   |
| 24 | 役員の氏名及び住所                                      | 誓約書（参考様式9-1）<br>※指定障害福祉サービス、障害者支援施設の場合<br>誓約書（参考様式9（特定相談用））<br>※特定相談支援の場合<br>誓約書（参考様式9-2）<br>※一般相談支援の場合<br>役員等名簿（参考様式9別紙） | 役員等名簿は、変更のあった役員の分のみ御提出ください。                           |
| 25 | 従業者（就労支援員・生活支援員・看護職員・理学療法士・職業指導員・就労定着支援員ほか）の氏名 | 勤務形態一覧表（別紙2）<br>※人員基準適合確認シート（体制届別紙3）<br>組織体制図（参考様式7）<br>資格証の写し（有資格者の場合）   | ※訪問系・相談支援を除くサービスは人員基準を確認しますので、体制届の提出が不要な場合でも提出してください。 |

#### サービス管理責任者必要書類詳細

|   | 研修修了状況             | 必要な添付書類（いずれも変更後のもの）  |
|---|--------------------|--|
| 1 | 更新研修修了者            | ①経歴書<br>②研修修了証（分野別研修、相談支援従事者初任者研修講義部分、更新研修）の写し<br>＊③実務経験証明書（原本）  |
| 2 | 実践研修修了者            | ①経歴書<br>②研修修了証（基礎研修、補足研修、実践研修）の写し<br>＊③実務経験証明書（実践研修受講に係るもの）<br>※基礎・補足研修修了後から実践研修受講前5年間のうち2年以上の経験を満たす年日数のもの<br>＊④実務経験証明書（サービス管理責任者配置に係るもの）<br>※サービス管理責任者配置の要件を満たす年日数のもの（③の経験と合算して必要年日数満たせばよい） |
| 3 | 基礎研修修了者<br>（みなし配置） | ①経歴書<br>②修了証（基礎研修、補足研修）の写し<br>＊③実務経験証明書（実践研修受講に係るもの）<br>※サービス管理責任者配置の要件を満たす年日数のもの<br>④実践研修受講誓約書  |
| 4 | 旧制度修了者<br>（更新未修了）  | ①経歴書<br>②修了証（分野別研修、相談支援従事者初任者研修講義部分）の写し<br>＊③実務経験証明書（実践研修受講に係るもの）<br>※サービス管理責任者配置の要件を満たす年日数のもの   |

＊実務経験証明書について、既に同一法人から川崎市に提出済み場合は、写しの余白部分に「令和〇年〇月〇日付変更届出書にて原本提出済み」等記載することで写しでの提出を可とします。

## 2 指定変更の申請

（１）生活介護事業所、就労継続支援Ａ型事業所及び就労継続支援Ｂ型事業所の定員増

生活介護事業所、就労継続支援Ａ型事業所及び就労継続支援Ｂ型事業所が、利用定員を増加させる場合は、「指定変更申請」となります。「変更をしたい月」の前々月末日までに対面による相談を行い、指定変更申請書に必要書類を添付して、変更の前月１５日（閉庁日の場合はその直前の開庁日）までに申請してください。

なお、指定変更申請については、障害福祉計画との整合性を図り、場合によっては変更指定をしない

ことができるとされています。（障害者総合支援法第37条第2項）

|                                    | 必要な添付書類（変更後のもの）                     |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| 生活介護<br>就労継続支援A型<br>就労継続支援B型<br>共通 | 事業所の名称及び設置の場所                       |
|                                    | 申請者の名称（申請法人の名称）                     |
|                                    | 主たる事業所の所在地                          |
|                                    | 代表者の氏名及び住所                          |
|                                    | 平面図（参考様式1）                          |
|                                    | 面積等一覧（参考様式2）                        |
|                                    | 設備・備品一覧（参考様式3）                      |
|                                    | （現状の設備等を変更する場合に限り）事業所の外観、内部の写真（カラー） |
|                                    | 運営規程                                |
|                                    | 勤務形態一覧表（別紙2-2）                      |
|                                    | 組織体制図（参考様式7）                        |
|                                    | 各付表                                 |
|                                    | 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書（体制届）          |

## （2）障害者支援施設の昼間実施サービス種類の変更、生活介護の定員増

障害者支援施設の昼間実施サービスについて、以下の事項の変更をする際は、「指定変更申請」となります。「変更をしたい月」の前々月末日までに対面による相談を行い、指定変更申請書に必要書類を添付して、変更の前月15日（閉庁日の場合はその直前の開庁日）までに申請してください。

- ① 昼間実施サービスの種類の変更
- ② 入所定員（生活介護に係るものに限る）の増加

なお、指定変更申請については、障害福祉計画との整合性を図り、場合によっては変更指定をしないことができるとされています。（障害者総合支援法第37条第2項）

|                        | 必要な添付書類（変更後のもの）            |
|------------------------|----------------------------|
| ① 昼間実施サービスの種類の変更       | 事業所の名称及び設置の場所              |
|                        | 申請者の名称（申請法人の名称）            |
|                        | 主たる事業所の所在地                 |
|                        | 代表者の氏名及び住所                 |
|                        | 平面図（参考様式1）                 |
|                        | 面積等一覧（参考様式2）               |
|                        | 設備・備品一覧（参考様式3）             |
|                        | 事業所内部の写真（カラー）              |
|                        | 利用者の推定数（付表に記載）             |
|                        | 運営規程                       |
|                        | 勤務形態一覧表（別紙2-2）             |
|                        | 組織体制図（参考様式7）               |
| ② 入所定員（生活介護に係るもののみ）の増加 | 変更するサービスの付表                |
|                        | 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書（体制届） |
|                        |                            |

## 3 体制届の各種加算・減算等に変更がある場合

各種加算・減算を新たに算定する場合、算定が終了する場合、あるいは加算・減算の種類が変更となる場合は、「介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書」の提出が必要となります。

届出に係る加算等（算定される単位数が増えるものに限る）については、届出が毎月15日以前になされた場合には翌月から、16日以降になされた場合には翌々月から算定を開始することとなります。



- ・毎月1日～15日までに提出 ⇒ 翌月のサービス提供分から適用
- ・毎月16日～月末の提出 ⇒ 翌々月のサービス提供分から適用

なお、加算等が算定されなくなる状況が生じた場合又は加算等が算定されなくなることが明らかな場合（算定される単位数が減るものを含む）は、速やかに届出する必要があります。この場合は、原則として、加算等が算定されなくなった事実が発生した日から加算等の算定を行わないこととなります。

※ 15日が閉庁日の場合は、その直前の開庁日までに提出。

#### 4 事業を廃止・休止・再開等する場合の手続き

- (1) 事業の廃止・休止を行う場合は、1か月前までに川崎市に届け出る必要があります。再開したときは、再開した日から10日以内に川崎市に届け出る必要があります。なお、廃止・休止・再開を行う場合には届出する前に事前に連絡の上、相談等を行うようにしてください。

休止期間は最長6か月としてください。期間が終了した後、継続して休止する場合は改めて事前に連絡、対面による相談を行った上で届出が必要となります。

なお、休止のまま指定の更新を受けることはできません。

- (2) 指定障害者支援施設が指定を辞退する場合は、3か月前までに「指定の辞退届」が必要になります。

- (3) 必要な書類

| サービス種類                                      | 届出の内容 | 提出期限                | 備 考   |
|---|-------|---------------------|---|
| 指定障害福祉サービス事業者<br>指定一般相談支援事業者<br>指定特定相談支援事業者 | 廃止・休止 | 廃止・休止する日の<br>1か月前まで | 廃止・休止しようとする理由を具体的に記載してください。<br>現に指定障害福祉サービス等を受けている者に対する措置についても具体的に記載してください。<br>廃止の場合は指定書（原本）をご返却ください。<br>※指定書（原本）は廃止日以降に返却してください（廃止日までは事業所内に掲示しておく必要があります）。 |
|   | 再開    | 再開した日から<br>10日以内    | 再開する場合で、勤務体制、勤務形態が休止する前と異なる場合は人員基準を確認しますので、再開前に事前連絡の上、相談等を行う必要があります。また、届出書に<br>・勤務形態一覧表（別紙2）<br>・組織体制図（参考様式7）<br>を添付してください。                                 |
| 指定障害者支援施設                                   | 指定の辞退 | 指定を辞退する日の3か月前       |   |

#### 5 変更手続きに関する手続き先

＜問合せ先＞

川崎市健康福祉局障害保健福祉部障害者施設指導課事業者指定担当

TEL：044-200-2927

FAX：044-200-3932

＜書類等の提出先＞

（郵送）210-8577 川崎市川崎区宮本町1番地

（持参）212-0013 川崎市幸区堀川町580番地ソリッドスクエア西館10階

※郵送と持参で住所が異なりますので、ご注意ください。

※郵送もしくは持参いずれかの方法でご提出ください。

現在の事業に変更が発生した場合の手続きと届出の方法

1 変更の届出

指定障害児通所支援事業所、指定障害児入所施設等は、次に掲げる事項に変更があった場合、変更の日から10日以内に川崎市に届け出る必要があります。

変更の届出に際しては、必要な添付書類を変更届出書（第15号の17様式）に添付して提出してください。

なお、事業所の移転の場合は、設備基準等を確認するために、「移転等をしたい月」の前々月末日までに対面による相談を行い、前月15日までに持参により届け出る必要があります。最終頁に記載の連絡先に事前にご連絡いただき、日程調整の上でお越しください。

|   | 変更の届出を要する事項   | 必要な添付書類（変更後のもの）   | 備 考  |
|---|---|---|--|
| 1 | 事業所（施設）の名称  | 運営規程  |  |
| 2 | 事業所（施設）の所在地（設置の場所）<br><br>※定員増、単位分けをする場合、「変更をしたい月」の前々月末日までに対面による相談を行い、前月15日までに届出が必要です。（サービスにより指定変更申請が必要となりますので「2 指定変更の申請」を御参照ください。）<br><br>※事前に消防署から防災設備に係る確認を、まちづくり局から建物の用途に係る確認を、それぞれ受けてください（確認を受け、適切な対応が済んでいない場合は届出を受理いたしません。） | 運営規程<br>-----<br>平面図（参考様式1）<br>-----<br>面積等一覧（参考様式2）<br>-----<br>設備・備品一覧（参考様式3）<br>-----<br>事業所の外観、内部の写真<br>-----<br>建物賃貸借契約書の写し<br>-----<br>損害賠償保険に係る書類の写し<br>-----<br>各付表 | 電話番号、FAX 番号も変更の場合は、変更届出書に記載してください。<br><br>郵便番号の変更についても記載してください。<br><br>損害賠償保険に係る書類の写しは、定員増や転居等の結果、現在加入している保険に契約変更が必要な場合のみ必要で、手続きが済んだことを確認できる書類を提出してください。 |
| 3 | 事業所（施設）の連絡先（電話番号・FAX 番号）  | （添付書類は特になし）   |  |
| 4 | 申請者（設置者）の名称   | 定款<br>-----<br>登記事項証明（履歴事項全部証明書）<br>-----<br>運営規程   | 複数事業所がある場合、定款、登記事項証明の添付は1部でかまいません。<br>登記事項証明は発行後3ヶ月以内の原本が必要です。   |
| 5 | 法人の主たる事務所の所在地   | 定款<br>-----<br>登記事項証明（履歴事項全部証明書）  | 電話番号、FAX 番号も変更の場合は、変更届出書に記載してください。<br>登記事項証明は発行後3か月以内の原本が必要です。   |
| 6 | 代表者の氏名、生年月日、住所及び職名  | 登記事項証明（履歴事項全部証明書）<br>-----<br>児童福祉法第21条の5の15第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書<br>-----<br>役員等名簿（参考様式9別紙）  | 登記事項証明は発行後3ヶ月以内の原本が必要です。<br>役員等名簿は、代表者の分のみ御提出ください。（変更のない役員等の記載は不要です。）  |
| 7 | 定款、寄附行為等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。）   | 定款<br>-----<br>登記事項証明（履歴事項全部証明書）  | 登記事項証明は発行後3ヶ月以内の原本が必要です。   |
| 8 | 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※医療型に限る   |   |  |

|    | 変更の届出を要する事項  | 必要な添付書類（変更後のもの）  | 備 考   |
|----|--|--|---|
| 9  | 建物の構造概要及び平面図（用途を明示）並びに設備の概要<br><br>※壁の撤去や再構築等のように部屋の構造を変更する場合は、設備基準等を満たしていることを確認する必要があることから、「移転等をしたい月」の前々月末日までに対面による相談を行い、 <b>前月15日まで</b> に全ての書類等を整えた上で、 <b>持参による届出</b> が必要です。 | 平面図（参考様式1）<br>面積等一覧（参考様式2）<br>設備・備品一覧（参考様式3）<br>事業所の内部の写真<br>建物賃貸借契約書の写し   | 建物賃貸借契約書の写しは、契約内容に変更がある場合のみ必要です。  |
| 10 | 事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴   | 経歴書（参考様式4）<br>勤務形態一覧表（別紙2）<br>※人員基準等適合確認シート（体制届）<br>組織体制図（参考様式7）<br>管理者誓約書<br>役員等名簿（参考様式9 別紙）  | ※人員基準を確認しますので、体制届の提出が不要な場合でも提出してください。<br><br>役員等名簿は、管理者の分のみ御提出ください。<br><br>法第21条の5の15第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書は省略可としますが、同号の規定に該当しないことを法人代表者は必ず確認してください。 |
| 11 | 事業所の児童発達支援管理責任者（相談支援専門員）の氏名、生年月日、住所及び経歴  | 経歴書（参考様式4）<br>資格証明書の写し、各研修の修了証の写し<br>勤務形態一覧表（別紙2）<br>※人員基準等適合確認シート（体制届）<br>実務経験証明書（参考様式5）<br>組織体制図（参考様式7）<br>他の事業所又は施設の従事者と兼務する相談支援専門員について（付表別紙）<br>※相談支援専門員のみ | ※人員基準を確認しますので、体制届の提出が不要な場合でも提出してください。<br><br>児童発達支援管理責任者の場合は、各研修修了の状況により提出書類が異なります。<br>以下の「児童発達支援管理責任者必要書類詳細」を参照してください。                           |
| 12 | 主たる対象者   | 運営規程<br>※主たる対象者を特定する理由等（参考様式8）   | ※特定なしの場合は参考様式8の提出は不要です。   |
| 13 | 運営規程   | 運営規程<br>※組織体制図（参考様式7）<br>※勤務形態一覧表（別紙2）   | ※定員変更に伴う従業者の配置変更などがある場合。<br>定員変更の場合は、「障害児通所支援事業所等給付費算定に係る体制等に関する届出書（体制届）」も同時に提出が必要です。   |
| 14 | 協力医療機関の名称若しくは診療科目名又は当該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   |   |
| 15 | 役員の氏名及び住所  | 児童福祉法第21条の5の15第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書（参考様式9）<br>役員等名簿（参考様式9別紙）   | 役員等名簿は、変更のあった役員の分のみ提出してください。  |
| 16 | 従業者（児童指導員・保育士・看護職員・機能訓練担当職員・その他従業者ほか）の氏名   | 勤務形態一覧表（別紙2）<br>※人員基準等適合確認シート（体制届）<br>組織体制図（参考様式7）<br>資格証の写し（有資格者の場合）  | ※人員基準を確認しますので、体制届の提出が不要な場合でも提出してください。   |

児童発達支援管理責任者必要書類詳細

|   | 研修修了状況              | 必要な添付書類（いずれも変更後のもの）  |
|---|---------------------|--|
| 1 | 更新研修修了者             | ①経歴書<br>②研修修了証（分野別研修、相談支援従事者初任者研修講義部分、更新研修）の写し<br>＊③実務経験証明書（原本）  |
| 2 | 実践研修修了者             | ①経歴書<br>②研修修了証（基礎研修、補足研修、実践研修）の写し<br>＊③実務経験証明書（実践研修受講に係るもの）<br>※基礎・補足研修修了後から実践研修受講前5年間のうち2年以上の経験を満たす年日数のもの<br>＊④実務経験証明書（児童発達支援管理責任者配置に係るもの）<br>※児童発達支援管理責任者配置の要件を満たす年日数のもの（③の経験と合算して必要年日数満たせばよい） |
| 3 | 基礎研修修了者<br>（みなし配置）  | ①経歴書<br>②修了証（基礎研修、補足研修）の写し<br>＊③実務経験証明書（実践研修受講に係るもの）<br>※児童発達支援管理責任者配置の要件を満たす年日数のもの<br>④実践研修受講誓約書  |
| 4 | 旧制度修了者<br>（更新研修未修了） | ①経歴書<br>②修了証（分野別研修、相談支援従事者初任者研修講義部分）の写し<br>＊③実務経験証明書<br>※児童発達支援管理責任者配置の要件を満たす年日数のもの  |

＊実務経験証明書について、既に同一法人から川崎市に提出済みの場合は、写しの余白部分に「令和〇年〇月〇日付変更届出書にて原本提出済み」等記載することで写しでの提出を可とします。

## 2 指定変更の申請

指定障害児入所施設、児童発達支援及び放課後等デイサービスの利用定員を増加させる場合は、「指定変更申請」が必要です。「変更をしたい月」の前々月末日までに対面による相談を行い、指定変更申請書に必要な書類を添付して、変更日の前月15日（閉庁日の場合はその直前の開庁日）までに申請してください。

なお、指定変更申請については、障害福祉計画との整合性を図り、場合によっては変更指定をしないことができるとされています。

|                                 | 必要な添付書類（変更後のもの）                     |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| 障害児入所施設<br>児童発達支援<br>放課後等デイサービス | 事業所の名称及び設置の場所                       |
|                                 | 申請者の名称（申請法人の名称）                     |
|                                 | 主たる事業所の所在地                          |
|                                 | 代表者の氏名及び住所                          |
|                                 | 平面図（参考様式1）                          |
|                                 | 面積等一覧（参考様式2）                        |
|                                 | 設備・備品一覧（参考様式3）                      |
|                                 | （現状の設備等を変更する場合に限り）事業所の外観、内部の写真（カラー） |
|                                 | 運営規程                                |
|                                 | 勤務形態一覧表（別紙2）                        |
|                                 | 組織体制図（参考様式7）                        |
|                                 | 各付表                                 |
|                                 | 障害児通所支援事業所等給付費算定に係る体制等に関する届出書（体制届）  |

### 3 体制届の各種加算・減算等に変更がある場合

各種加算・減算を新たに算定する場合、算定が終了する場合、あるいは加算・減算の種類が変更となる場合は、「障害児通所支援事業所等給付費算定に係る体制等に関する届出書」の提出が必要となります。

届出に係る加算等（算定される単位数が増えるものに限る）については、届出が毎月15日以前になされた場合には翌月から、16日以降になされた場合には翌々月から算定を開始することとなります。

- ・毎月1日～15日までに提出 ⇒ 翌月のサービス提供分から適用
- ・毎月16日～月末の提出 ⇒ 翌々月のサービス提供分から適用

なお、加算等が算定されなくなる状況が生じた場合又は加算等が算定されなくなることが明らかな場合（算定される単位数が減るものを含む）は、速やかに届出する必要があります。この場合は、原則として、加算等が算定されなくなった事実が発生した日から加算等の算定を行わないこととなります。

※ 15日が閉庁日の場合は、その直前の開庁日までに提出。

### 4 事業を廃止・休止・再開する場合の手続き

- (1) 事業の廃止・休止を行う場合は、1か月前までに川崎市に届け出る必要があります。再開したときは、再開した日から10日以内に川崎市に届け出る必要があります。なお、廃止・休止・再開を行う場合には届出する前に事前に連絡の上、相談等を行うようにしてください。

休止期間は最長6か月としてください。期間が終了した後、継続して休止する場合は改めて事前に連絡、対面による相談を行った上で届出が必要となります。

なお、休止のまま指定の更新を受けることはできません。

- (2) 指定障害児入所施設（福祉型・医療型）が指定を辞退する場合は、3か月前までに「指定の辞退届」が必要になります。
- (3) 必要な書類

| サービス種類   | 提出の必要がある届出書類 | 提出期限            | 備考  |
|--|--------------|-----------------|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・指定障害児通所支援</li> <li>・障害児相談支援</li> </ul> | 第15号の16様式    | 廃止・休止する日の1か月前まで | 廃止・休止しようとする理由を具体的に記載してください。<br>現に指定障害福祉サービス等を受けている者に対する措置についても具体的に記載してください。<br>廃止の場合は指定書（原本）をご返却ください。<br>※指定書（原本）は廃止日以降に返却してください（廃止日までは事業所内に掲示しておく必要があります）。                   |
|  |              | 再開した日から10日以内    | 再開する場合で、勤務体制、勤務形態が休止する前と異なる場合は人員基準を確認しますので、再開前に事前連絡の上、相談等を行う必要があります。また、届出書に <ul style="list-style-type: none"> <li>・勤務形態一覧表（別紙2）</li> <li>・組織体制図（参考様式7）</li> </ul> を添付してください。 |
| 指定障害児入所施設（福祉型・医療型）   | 第15号の17様式    | 指定を辞退する日の3か月前まで |   |

## 5 変更手続きに関する手続き先

### ＜問合せ先＞

川崎市健康福祉局障害保健福祉部障害者施設指導課事業者指定担当

TEL：044-200-2927

FAX：044-200-3932

### ＜書類等の提出先＞

（郵送）210-8577 川崎市川崎区宮本町1番地

（持参）212-0013 川崎市幸区堀川町580番地ソリッドスクエア西館10階

※郵送と持参で住所が異なりますので、ご注意ください。

※郵送もしくは持参いずれかの方法でご提出ください。



記入例

変更届出書

令和 〇 年 〇 月 〇 日

川崎市長 様

所在地 神奈川県川崎市宮本町〇〇番地  
事業者名称 社会福祉法人 〇〇〇福祉会  
(施設の設置者) 代表者氏名 川崎 一郎  
担当者 役職・氏名 川崎 三郎  
電話番号 000-0000-0000

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。

| 事業所番号                 |   | 1   | 4 | 1 | 5 | * | * | * | * | * | * | サービス種類コード | 2 | 2 |
|-----------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----------|---|---|
| 指定内容を変更した事業所(施設)      | 名称  | デイセンター かわさき   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |           |   |   |
|                       | 所在地   | 神奈川県川崎市宮本町〇〇番地  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |           |   |   |
|                       | サービスの種類   | 生活介護  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |           |   |   |
|                       | 変更があった事項  | 変更の内容   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |           |   |   |
| 1                     | 事業所(施設)の名称  | (変更前)   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |           |   |   |
| 2                     | 事業所(施設)の所在地(設置の場所)  | サービス管理責任者   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |           |   |   |
| 3                     | 事業所(施設)の連絡先(電話番号・FAX)   | かわさき 次郎   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |           |   |   |
| 4                     | 申請者(申請法人)の名称  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |           |   |   |
| 5                     | 法人の主たる事務所の所在地   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |           |   |   |
| 6                     | 代表者の氏名、生年月日、住所及び職名  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |           |   |   |
| 7                     | 定款・寄付行為等及びその登記簿の謄本又は条例等(当該指定に係る事業に関するものに限り。)                      | 実践研修の申込の際に、本届出の写しを利用する場合があります。                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |           |   |   |
| 8                     | 建物の構造概要及び平面図(用途を明示並びに設備の概要)                                       | 〇 J T 6 ヶ月対象者である旨を必ず記載し、写しを必ず保存しておいて下さい。                        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |           |   |   |
| 9                     | 事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴  | やむを得ない事由によるみなし配置や、経過措置のみなし配置の場合も6ヵ月〇 J T の対象の場合はその旨を必ず記載してください。 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |           |   |   |
| 10                    | 事業所のサービス提供責任者・サービス管理責任者・相談支援専門員の氏名、生年月日、住所及び経歴<br>※退職・別部署への異動含む   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |           |   |   |
| (↑サービス管理責任者の場合は要件を選択) |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |           |   |   |
| 11                    | 主たる対象者  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |           |   |   |
| 12                    | 運用  | (変更後)   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |           |   |   |
| 13                    | 事業所(施設)の名称  | サービス管理責任者   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |           |   |   |
| 14                    | 事業所(施設)の所在地   | かわさき 次郎   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |           |   |   |
| 15                    | 事業所(施設)の連絡先   | 2人目サービス管理責任者  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |           |   |   |
| 16                    | 事業所(施設)の代表者   | かわさき 花子   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |           |   |   |
| 17                    | 事業所(施設)の協力を要する事業所(施設)の名称並びに当該協力関係の概要                              | 住所 〒241-〇〇〇〇<br>神奈川県川崎市川崎区〇〇〇町2-2-2                             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |           |   |   |
| 18                    | 障害者支援施設等との連携体制及び支援の体制の概要  | 生年月日 昭和〇〇年〇月〇日  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |           |   |   |
| 19                    | 併設する施設がある場合の当該併設施設の概要   | 6ヵ月〇 J T 対象として個別支援計画作成の業務に従事                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |           |   |   |
| 20                    | 同一敷地内にある入所施設及び病院の概要   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |           |   |   |
| 21                    | 指定地域相談支援の提供に当たる者の氏名、生年月日及び住所                                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |           |   |   |
| 22                    | 重度障害者等包括支援に係る障害福祉サービスの種類  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |           |   |   |
| 23                    | 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                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |           |   |   |
| 24                    | 他の障害福祉サービス事業者等との連携体制又は支援体制の概要                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |           |   |   |
| 25                    | 連携する公共職業安定所等の名称   | 2人目サビ管として個別支援計画作成業務に従事を開始した日付                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |           |   |   |
| 26                    | 役員の氏名及び住所   | この日を起点に〇 J T 6 ヶ月が始まります。  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |           |   |   |
| 27                    | 従業員(就労支援員・生活支援員・看護員・理学療法士・職業指導員・就労定着支援員ほか)の氏名・住所<br>※退職・別部署への異動含む |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |           |   |   |
| 変更年月日                 |   | 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |           |   |   |

(備考) 1 該当項目番号に○を付けてください。  
2 変更内容がわ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。

記入例

## 変 更 届 出 書

令和 〇〇 年 〇 月 〇 日

川崎市長 様

所在地 神奈川県川崎市宮本町〇〇番地  
事業者名称 社会福祉法人 〇〇〇福祉会  
(施設の設置者) 代表者氏名 川崎 一郎  
担当者役職・氏名 川崎 三郎  
電話番号 000-0000-0000

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。

| 事業所番号            | 1  | 4  | 5 | 5 | * | * | * | * | * | * | サービス種類コード | 6 | 1 |
|------------------|--|--|---|---|---|---|---|---|---|---|-----------|---|---|
| 指定内容を変更した事業所(施設) | 名 称  | 児童発達支援かわさき                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |           |   |   |
|                  | 所 在 地  | 川崎市川崎区西川崎3-2-1                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |           |   |   |
|                  | サ ー ビ ス の 種 類  | 児童発達支援   |   |   |   |   |   |   |   |   |           |   |   |
| 変更があった事項         |  | 変更の内容  |   |   |   |   |   |   |   |   |           |   |   |
| 1                | 事業所(施設)の名称   | (変更前)  |   |   |   |   |   |   |   |   |           |   |   |
| 2                | 事業所(施設)の所在地(設置の場所)   | 児童発達支援管理責任者                                      |   |   |   |   |   |   |   |   |           |   |   |
| 3                | 事業所(施設)の連絡先(電話番号・FAX)  | かわさき 次郎  |   |   |   |   |   |   |   |   |           |   |   |
| 4                | 申請者(設置者)の名称  | 実践研修の申込の際に、本届出の写しを利用する場合があります。                   |   |   |   |   |   |   |   |   |           |   |   |
| 5                | 法人の主たる事務所の所在地  | 〇 J T 6 ヶ月対象者である旨を必ず記載し、写しを必ず保存しておいて下さい。         |   |   |   |   |   |   |   |   |           |   |   |
| 6                | 代表者の氏名、生年月日、住所及び職名   | やむを得ない事由によるみなし配置や、経過措置のみなし配置の場合も6 ヶ月〇 J T の対象の場合 |   |   |   |   |   |   |   |   |           |   |   |
| 7                | 定款・寄附行為等及びその登記簿の謄本又は条例等(当該指定に係る事業に関するものに限る。)   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |           |   |   |
| 8                | 医療法人(診療科目)及び設置した病院である場合は、該当番号11に丸をつけてください。(要件の選択は不要)   | (変更後)  |   |   |   |   |   |   |   |   |           |   |   |
| 9                | 事業所の児童発達支援管理責任者(相談支援専門員)の氏名、生年月日、住所及び経歴 ※退職・別部署への異動含む  | 児童発達支援管理責任者<br>かわさき 次郎                           |   |   |   |   |   |   |   |   |           |   |   |
| 10               | 事業所の児童発達支援管理責任者(相談支援専門員)の氏名、生年月日、住所及び経歴 ※退職・別部署への異動含む  | 2人目児童発達支援管理責任者<br>かわさき 花子                        |   |   |   |   |   |   |   |   |           |   |   |
| 11               | 事業所の児童発達支援管理責任者(相談支援専門員)の氏名、生年月日、住所及び経歴 ※退職・別部署への異動含む  | 住所 〒241-〇〇〇〇<br>神奈川県川崎市川崎区〇〇〇町2-2-2              |   |   |   |   |   |   |   |   |           |   |   |
| (↑11の場合は要件を選択)   |  | 生年月日 昭和〇〇年〇月〇日                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |           |   |   |
| 12               | 主たる対象者   | 6ヵ月OJT対象として個別支援計画作成の業務に従事                        |   |   |   |   |   |   |   |   |           |   |   |
| 13               | 運営規程   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |           |   |   |
| 14               | 協力医療機関の名称若しくは診療科名又は当該協力医療機関との契約の概要   | 2人目サビ管として個別支援計画作成業務に従事を開始した日付                    |   |   |   |   |   |   |   |   |           |   |   |
| 15               | 役員の氏名及び住所  | この日を起点に〇 J T 6 ヶ月が始まります。                         |   |   |   |   |   |   |   |   |           |   |   |
| 16               | 従業者(児童指導員・保育士・看護士・介護士・社会福祉士・児童福祉司・児童相談士・児童発達支援士・児童発達支援士(相談支援専門員)・その他従業者ほか)の氏名・住所 ※退職・別部署への異動含む |  |   |   |   |   |   |   |   |   |           |   |   |
| 変更年月日            |  | 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |           |   |   |

(備考) 1 該当項目番号に○を付してください。

2 変更内容がわ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。

サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者  
実践研修受講に係る実務経験短縮の届出書

令和 年 月 日

川崎市長 様

届出者 所在地  
事業者名  
代表者職氏名  
担当者  
電話番号

サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者実践研修の受講に当たって必要な実務経験(OJT)について、下記の者が要件1及び要件2を満たしているため届出をします。

|         |  |   |   |   |
|---------|--|---|---|---|
| (フリガナ)  |  |   |   |   |
| 従事者名    |  |   |   |   |
| 従事者生年月日 |  | 年 | 月 | 日 |

要件1(該当する場合チェックをしてください)

|   |                          |
|---|--------------------------|
| 上記の者は基礎研修受講時に既にサービス管理責任者等の配置に係る実務経験要件(相談支援業務又は直接支援業務3～8年)を満たしている。 | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|

要件2

|                                  |  |  |
|----------------------------------|--|--|
| 個別支援計画(原案)作成の業務に従事した(従事する)施設・事業所 | 事業所番号  |  |
|                                  | 名称   |  |
|                                  | 所在地  |  |
|                                  | サービスの種類  |  |
| 個別支援計画(原案)作成の業務に従事した(従事する)期間     | 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日<br>計【 年 カ月】<br>※実践研修受講開始前まで(予定も含む) |  |

- ※ 以下の要件を満たしている方のみ提出して下さい。虚偽の届出等が認められた場合、無効となります。
- ① 基礎研修受講時に既にサービス管理責任者等の配置に係る実務経験要件(相談支援業務又は直接支援業務3～8年)を満たしている。
  - ② サービス管理責任者等が配置されている事業所において、個別支援計画の原案作成までの一連の業務を行う。

※ 実践研修に申込時に、指定権者への届出を求められた場合は本届出書の写しを提出してください。

## 記入例

サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者  
実践研修受講に係る実務経験短縮の届出書

令和 〇〇 年 〇 月 〇 日

川崎市長 様

|        |      |                |
|--------|------|----------------|
| 届出者    | 所在地  | 神奈川県川崎市宮本町〇〇番地 |
|        | 事業者名 | 社会福祉法人 〇〇〇福祉会  |
| 代表者職氏名 |      | 川崎 一郎          |
| 担当者    |      | 川崎 三郎          |
| 電話番号   |      | 000-0000-0000  |

サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者実践研修の受講に当たって必要な実務経験(OJT)について、下記の者が要件1及び要件2を満たしているため届出をします。

|         |                 |
|---------|-----------------|
| (フリガナ)  | カワサキ ハナコ        |
| 従事者名    | かわさき 花子         |
| 従事者生年月日 | 昭和 〇〇 年 〇 月 〇 日 |

## 要件1(該当する場合チェックをしてください)

上記の者は基礎研修受講時に既にサービス管理責任者等の配置に係る実務経験要件(相談支援業務又は直接支援業務3～8年)を満たしている。



## 要件2

|                                  |   |                |
|----------------------------------|---|----------------|
| 個別支援計画(原案)作成の業務に従事した(従事する)施設・事業所 | 事業所番号   | 1415*****      |
|                                  | 名称  | デイセンター かわさき    |
|                                  | 所在地   | 神奈川県川崎市宮本町〇〇番地 |
|                                  | サービスの種類   | 生活介護           |
| 個別支援計画(原案)作成の業務に従事した(従事する)期間     | 令和5年9月1日～令和6年6月30日<br>計【 年 10ヵ月】<br>※実践研修受講開始前まで(予定も含む) |                |

※ 以下の要件を満たしている方のみ提出して下さい。虚偽の届出等が認められた場合、無効となります。

- ① 基礎研修受講時に既にサービス管理責任者等の配置に係る実務経験要件(相談支援業務又は直接支援業務3～8年)を満たしている。
- ② サービス管理責任者等が配置されている事業所において、個別支援計画の原案作成までの一連の業務を行う。

※ 実践研修に申込時に、指定権者への届出を求められた場合は本届出書の写しを提出してください。