

神奈川県福祉子どもみらい局福祉部障害サービス課長 殿

【ご注意ください】

法人ごとに提出を行うものであり、**事業所ごとの提出ではありません。**

法人名 〇〇〇〇法人

代表者名 〇〇 〇〇〇

記入者名 〇〇 〇〇〇

## 業務管理体制の整備に係る確認書

報告書を作成する前に必ず確認してください

### 提出書類の確認チャート

**Q 1** ; 指定障害福祉サービス事業者又は指定障害支援施設の設置者として、以下の枠内の障害福祉サービス事業所の指定を受けていますか。 ☒ を選択してください。 (複数回答可)

- |                                 |                                     |                                     |
|---------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 居宅介護   | <input type="checkbox"/> 生活介護       | <input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練) |
| <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 | <input type="checkbox"/> 短期入所       | <input type="checkbox"/> 自立生活援助     |
| <input type="checkbox"/> 行動援護   | <input type="checkbox"/> 障害者支援施設    | <input type="checkbox"/> 就労移行支援     |
| <input type="checkbox"/> 同行援護   | <input type="checkbox"/> 共同生活援助     | <input type="checkbox"/> 就労継続支援(A型) |
| <input type="checkbox"/> 重度包括   | <input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練    | <input type="checkbox"/> 就労継続支援(B型) |
| <input type="checkbox"/> 療養介護   | <input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練) | <input type="checkbox"/> 就労定着支援     |

上記に該当の障害福祉サービスがない場合は、  
今年度の一般検査の対象外です。提出の必要はありません。

**Q 2** ; 指定を受けた上記枠内の指定障害福祉サービス事業所は、複数の都道府県に所在していますか。 (例: 横浜市と東京都にも事業所がある場合は、はいを選択)

- ☐ はい ☒ いいえ → Q 3に進む

※ はい〇の場合は、Q 2までを入力し、提出してください。 **この確認書のみを提出**

**Q 3** ; 指定を受けた上記枠内の指定障害福祉サービス事業所の神奈川県内の所在地は、次の①～④のうちひとつの市にありますか。

- ☐ ①横浜市内にのみ所在している  
☐ ②川崎市内にのみ所在している  
☐ ③相模原市内にのみ所在している  
☐ ④横須賀市内にのみ所在している

例: 横浜市と川崎市(①～④で複数)に事業所がある場合は、いいえを選択してください。

- ☐ ・はい → この確認書のみを提出してください。  
 (※) 横浜市、川崎市、相模原市、横須賀市が所管の事業者です ☒ いいえ

①～④のうちひとつの市にしかない場合は、はいを選択してください。

様式2の報告を行っていただく対象事業者となります

以下の様式2に記載をいただき、神奈川県障害サービス課監査グループあてにこの確認書とともに、  
**令和7年〇月〇日までにエクセルファイルのまま電子申請で提出してください。**

**注) 事業者(法人) ごとに提出を行うものであり、事業所ごとの提出ではありません。**

業務管理体制の整備に係る報告書

令和 7 年 〇 月 〇 日 提出

神奈川県福祉子どもみらい局福祉部障害サービス課長 殿

必ず法人区分を選択してください。

(事業所数の数え方)  
事業所番号が同じでも、サービス種類が異なる場合はそれぞれのサービスごとに事業所数を数え、以下のどれかを選択してください。  
・20未満  
・20以上100未満  
・100以上

法人区分	以下から選択してください。 財団・社団法人(一般・公益)
法人名	一般社団法人〇〇〇〇
代表者名	〇〇 〇〇〇

☐ の欄を選択または記入をしてください。

法人の主たる事務所の所在地	貴法人の所在地を記入してください。			内容を確認するため県より連絡することがあります。 問合せをする際の連絡窓口の電話番号及び電子メールを記入してください。
問 合 せ 先	電話		電子メール	
	記入者氏名			
事業所数	以下から選択してください。 20以上100未満			届出なしの場合は注意！ 全ての事業者(法人)は平成24年4月1日以降、届出の必要があります。

I 業務管理体制に係る届出内容の確認項目

直 近 の 届 出 年 月 日	平成・令和	年	月	日	あり 届出なし ※
届 出 内 容	法 令 遵 守 責 任 者	氏名			
	法 令 遵 守 規 程	済	規程の写しを提出済み(20以上の事業所等経営事業者)		対象 届出対象外
	業務執行状況監査	未済	監査概要を提出済み(100以上の事業所等経営事業者)		対象外 届出対象外
	届出内容の変更有無	あり	有	例・業務管理体制の届出を提出後に、事業所が増えた又は廃止した。 ・法人又は事業所の住所が変更になった。 ・事業所の名前が変更になった。 ・代表者又は法令遵守責任者が変更になった。等	

※ この報告書は届出書ではありません。届出していない事業者は、速やかに神奈川県のホームページの

業務分類から探す⇒産業働く⇒介護・福祉サービス業⇒業務管理体制の整備に関する届出を郵送してください。

II 業務管理体制の整備・運営状況確認項目

1	法令等遵守についての方針(基本的な考え方)等を定めていますか。
	〇〇〇〇〇〇〇〇
* 定めている場合は、具体的な内容を記載してください(既存の資料添付でも構いません。)	
2	1で方針等を定めている場合は、法人等役員、従業員に周知していますか。
	〇〇〇〇〇〇〇〇
* 周知している場合は、具体的な内容を記載してください(既存の資料添付でも構いません。)	
3	法令遵守責任者の役割を定めていますか。
	〇〇〇〇〇〇〇〇
* 定めている場合は、具体的な内容を記載してください(既存の資料添付でも構いません。)	

裏面に続く

4	法令遵守責任者の役割を法人等役員、従業者に周知していますか。	
	〇〇〇〇〇〇	
	* 具体的な周知の方法等を記載してください(既存の資料添付でも構いません。)	
5	業務が法令に適合することを確保するための規程(法令遵守規程)を法人等役員、職員に周知していますか。	* 法令遵守規程等を策定している場合
	〇〇〇〇〇〇	
	* 周知している場合は、具体的な内容を記載してください(既存の資料添付でも構いません。)	
6	法令等遵守のための法人等役員、従業者への研修を行っていますか。	
	〇〇〇〇〇〇	
	* 実施している場合は、具体的な内容を記載してください(既存の資料添付でも構いません。)	
7	各事業所の運営状況(サービス提供状況及び給付費等請求状況)について、法令に準じて、適正に行われているかどうかを把握する仕組み(報告や通報を含む。)はありますか。	
	〇〇〇〇〇〇	
	* 把握及び指導している場合は、具体的な内容を記載してください(既存の資料添付でも構いません。)	