

同行援護の指定申請手続き等について

1 指定申請手続きについて

指定の時期及び現在の事業所の指定状況によって次のとおり申請方法等が異なります。

(1) 平成23年10月1日付け指定申請の場合

提出期限	平成23年9月15日（木）期限厳守
申請方法	持参 事前に電話にて来庁日時の予約をしてください。予約の日時にあわせ指定申請書類を持参の上、来庁してください。
申請書類	別紙「同行援護指定申請必要書類一覧」を参照してください。 ○申請書類のダウンロード先 <u>ウェブサイト「障害福祉情報サービスかながわ」→「書式ライブラリ」→「7. 事業所指定申請書様式」</u> ※ 留意事項 ア 提出書類については、内容について問い合わせをすることがありますので、必ずコピーを取っておいてください。 イ CD等、電子データの提出は不要です。 ウ 今後、正式に指定基準等が国から示された際、指定にあたり必要となった書類を追加で求めることがあります。 エ 様式については8月11日（木）までに「障害福祉情報サービスかながわ」へ掲載予定。
提出先	〒231-8588 横浜市中区日本大通1 神奈川県保健福祉局福祉・次世代育成部障害サービス課 事業支援グループ 電 話：045-210-4732 ファクシミリ：045-201-2051

(2) 平成23年11月1日付け以降の指定申請の場合

申請方法、申請書類及び提出先は、基本的に10月1日付け指定申請の場合と同様の取扱いとさせていただきます。

提出期限は、事業所指定を受けようとする月の前月15日（15日が休日の場合はその直前の平日）です。（例：11月1日指定の場合→10月14日）

今後、取扱いについて変更があった場合には「障害福祉情報サービスかながわ」へ掲載しますので、ご注意ください。

問い合わせ先

神奈川県保健福祉局福祉・次世代育成部障害サービス課
事業支援グループ 中村、松浦、為田、千葉、野澤
〒231-8588 横浜市中区日本大通1
電話 045-210-4732
ファクシミリ 045-201-2051

2 福祉・介護職員処遇改善事業について

福祉・介護職員処遇改善事業については、同行援護も対象となります。
改正後の事務処理要領等については8月5日（金）に「障害福祉情報サービス
かながわ」へ掲載しています。

※ 事業所指定申請とは別に手続きを行う必要がありますので、ご注意ください。
（事務の流れ、申請書類等については、資料4を参照。）

問い合わせ先

神奈川県保健福祉局福祉・次世代育成部障害サービス課
事業支援グループ 小澤、野澤
〒231-8588 横浜市中区日本大通1
電話 045-210-4717
ファクシミリ 045-201-2051



同行援護 指定申請必要書類一覧

※平成23年8月1日現在の情報であり、今後提出書類の変更の可能性があります。
 その場合追加で書類を求めることもあります。

様式第1号	所定の様式によります。
別紙	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ください（介護保険等）。
口座振込（変更）依頼書	所定の様式によります。
付表	所定の様式によります。
※様式第1号～付表についてCD等データでの提出は不要です。	
定款	コピーを提出してください。
履歴事項全部証明書	登記簿は履歴事項全部証明書を提出してください（コピー不可）。
運営規程	記載例を参考に作成してください。
事業所・施設の平面図 （参考様式1）	既製の平面図がある場合はそれ添付してください。
事業所の設備・備品等一覧表 （参考様式3）	事業所の設備・備品等について、記載してください。
写真	事業所の写真（ポスト、表札、相談室、事務室、手指消毒、外観）が必要です。
管理者経歴書 （参考様式4）	所定の様式によります。
サービス提供責任者経歴書 （参考様式4）	資格、実務経験に注意してください。
サービス提供責任者資格証写し	添付してください。
サービス提供責任者実務経験証明書 （参考様式5）	サービス提供責任者がヘルパー2級の場合、必要になります。
従業員実務経験証明書 （参考様式5）	平成26年9月30日までは、経過措置期間中のため不要です。
苦情解決のために講ずる措置 （参考様式6）	具体的な方法を添付してください。
従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表（別紙2）	管理者は含めませんので、ご注意ください。
組織体制図 （参考様式7）	事業所既存の組織体制図があれば、それを添付してください。
主たる対象者を特定する理由 （参考様式8）	特定する場合に必要です。
法第36条第3項各号非該当誓約書（参考様式9）	法人の誓約書です。
役員名簿 （別紙）	管理者も記載が必要です。
障害福祉サービス事業等開始届出書 （参考様式12）	運営規程の内容にあわせ、記載してください。
管理者誓約書	管理者の誓約書です。
財産目録又は決算書	直近のものを添付してください。
事業計画書	年間の計画書を作成してください。
収支予算書	事業計画に基づき作成してください。
従業員資格証写し	全員分必要です。
居宅介護の指定書写し	すでに居宅介護の指定を受けている場合に必要です。
損害賠償責任保険証書	コピーを提出してください。
賃貸借契約書	コピーを提出してください。

(申請書様式)

【同行援護 平成23年10月 1 日 指定申請用】

【記載例】

暫定版

※受付番号

指定障害福祉サービス事業所 指定申請書

平成23年8月16日

(申請先)

神奈川県知事

(申請者)

所在地

横浜市中区日本大通 1 - 1 - 1

法人代表者印を
押印

名称

社会福祉法人かながわ福祉会

代表者氏名

神奈川 太郎

印

障害者自立支援法に規定する 指定障害福祉サービス事業所 に係る指定を受けたいので、
下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

申請者（設置者）	フリガナ	シャカイフクシホジシナガワフクシカイ				
	名称	社会福祉法人かながわ福祉会				
	主たる事務所の所在地	〒	231-8588	←郵便番号を半角数字7桁で記載してください		
		横浜市中区日本大通 1 - 1 - 1				
	連絡先	電話番号	045-210-1111	FAX番号	045-210-0000	
	法人の種類	社会福祉法人(社協以外)			法人所轄庁	神奈川県
	代表者	役職	理事長			
		氏名	神奈川 太郎			
		住所	〒	231-0000	←郵便番号を半角数字7桁で記載してください	
	横浜市中区さくらが丘 1 - 1					
指定を受けようとする事業所・施設の種類の種類	フリガナ	カナガワホームヘルプ サービス				
	名称	かながわホームヘルプサービス				
	事業所（施設）の所在地	〒	231-8588	※事業所（施設）所在地市町村番号		※級地区分
		横浜市中区日本大通 1 - 1 - 1				
	既に居宅介護の指定を受けている事業所は、指定居宅介護事業所の名称及び事業所番号を記載し、指定申請書の写しを添付する					
	指定障害福祉サービス事業所					
	同行援護					
同一の法律において既に指定を受けている場合	サービスの種類	居宅介護		事業所番号	1410400012	
	事業所名称	かながわホームヘルプサービス				

申請する指定年月
日を記載

平成23年10月1日

(備考)

- 「※」のついた欄には記載しないでください。
- 「法人の種類」欄には、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記載してください。
- 「法人所轄庁」欄には、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 「指定を受けようとする事業所・施設の種類の種類」欄には、今回申請をするものについて必要事項を記載してください。
- 「同一の法律において既に指定を受けている場合」欄には、神奈川県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、その事業所に関する事項を記載してください。複数の番号を有する場合には、そのうちの一つのみを記載してください。

口座振込（変更）依頼書（兼 受領委任状）

神奈川県国民健康保険団体連合会理事長 殿

以下の口座に、次に掲げる介護給付費等の振込を依頼します。

提出する年月日を記載する

平成	23	年	8	月	16	日
----	----	---	---	---	----	---

申請者（債権者）	法人名称	社会福祉法人かながわ福祉会				
	郵便番号	〒	231-8588	←郵便番号を半角数字7桁で入力してください。		
	所在地	横浜市中区日本大通1-1-1				
	代表者氏名	神奈川 太郎				
	事業所名称	かながわホームヘルプサービス				
	事業所番号					
	対象事業名	15	同行援護			

法人代表者印を押印

印

居宅介護と一体的に運営する場合（居宅介護と同一指定番号となる場合）は、居宅介護と同一の振込先を設定すること

振込先	金融機関名	〇〇銀行		金融機関コード	8888
	店舗名	横浜支店		店舗コード	001
	口座番号	9999999	預金種別	<input checked="" type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 当座	
	名義人フリガナ	フカガワケンカイ			
	氏名	社会福祉法人かながわ福祉会			

法人代表者印を押印

印

委任状	申請者（債権者）は、口座名義人（受任者）に、上記介護給付費等の受領に関する一					
	委任します。					
	平成	23	年	8	月	16 日
	委任者	神奈川 太郎				

振込エラー防止のため

ここに振込先の店番号、口座番号、口座名義人フリガナがわかる
通帳の写しを貼り付けるか、

以下に、取引金融機関の確認印を受けてください。

上記口座が存在することを確認しました。

金融機関名

確認印

確認年月日

付表 同行援護事業所の指定に係る記載事項

※受付番号

事業所	フリガナ	かながわホームヘルプ サービス								
	名 称	かながわホームヘルプサービス								
	所在地	〒	231-8588	←郵便番号を半角数字7桁で入力してください						
		横浜市中区日本大通 1-1-1								
連絡先	電話番号	045-210-〇〇〇〇			FAX番号	045-210-△△△△				
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等又は条例等									定款第〇条	
管理者	フリガナ	ヤマダ ハナエ								
	氏 名	山田 花絵								
	住 所	〒	238-1111	←郵便番号を半角数字7桁で入力してください						
		横浜西区みなとみらい 1 1 1 1								
	当該事業所における同行援護従業者等との兼務の有無					<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無				
同一敷地内の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									
	勤務時間									
サービス提供責任者	フリガナ	ヨシモト ジョウ								
	氏 名	吉本 次郎								
	住 所	〒	233-2222	←郵便番号を半角数字7桁で入力してください						
横浜港南区港南 2 2 2 2										
従業者・員数	(単位：人)		同行援護事業従業者		その他の従業者					
	従業者数	常勤	専従	兼務	専従	兼務				
		非常勤	2							
	常勤換算後の人数		3.5							
	※基準上の必要人数									
主な揭示事項	営業日	<input checked="" type="checkbox"/> 月	<input checked="" type="checkbox"/> 火	<input checked="" type="checkbox"/> 水	<input checked="" type="checkbox"/> 木	<input checked="" type="checkbox"/> 金	<input checked="" type="checkbox"/> 土	<input type="checkbox"/> 日		
	営業時間	平日	8:30	～	17:00	土曜	8:30	～	17:00	備考
		日曜		～		祝日		～		
	主たる対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 障害児								
	利用料	運営規程に定めるとおり								
	その他費用	運営規程に定めるとおり								
	通常の事業の実施地域	横浜市中区		横浜市神奈川区		横浜市磯子区				
	その他参考となる事項	第三者評価の実施状況		<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無						
苦情解決の措置概要		窓口（連絡先）		045-2		県で記載するため、入力不要				
		担当者		鈴木						
その他										
※加算等	特定事業所加算区分	<input type="radio"/> I <input type="radio"/> II <input type="radio"/> III <input checked="" type="radio"/> 無								
	処遇改善助成金交付	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無			処遇改善助成金 キャリアパス区分					

(備考)

- 「※」のついた欄には、記載しないでください。
- 居宅介護の指定を受けた場合、あわせて重度訪問介護の指定もされることになります。
- 「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。
- 出張所等がある場合は、付表 1-2 にも記載してください。
また、従業者については、本様式中に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
- 「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記載してください。
- 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。
なお、一部の地域が実施地域である場合は適宜地図を添付してください。

付表－２ 同行援護を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

										※受付番号										
										※出張所番号										
事業所	フリガナ 名 称																			
	所在地		〒				←郵便番号を半角数字7桁で入力してください													
	連絡先		電話番号						FAX番号											
主な 掲 示 事 項	営業日																			
	営業時間		平日				～				土曜				～				備考	
			日曜				～				祝日				～					
	主たる対		出張所を置かない場合は、提出不要																	
	利用料																			
	その他費																			
	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				○有 ●無													
苦情解決の措置概要				窓口（連絡先）																
				担当者																
その他																				

(備考)

1. 「※」のついた欄には、記載しないでください。

2. 「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記載してください。

3. 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は適宜地図を添付してください。