

1 指定の申請先

障害者自立支援法第51条の14第1項に基づき都道府県知事が行います。

第五十一条の十四 市町村は、地域相談支援給付決定障害者が、地域相談支援給付決定の有効期間内において、都道府県知事が指定する一般相談支援事業を行う者（以下「指定一般相談支援事業者」という。）から当該指定に係る地域相談支援（以下「指定地域相談支援」という。）を受けたときは、厚生労働省令で定めるところにより、当該地域相談支援給付決定障害者に対し、当該指定地域相談支援（地域相談支援給付量の範囲内のものに限る。以下この条及び次条において同じ。）に要した費用について、地域相談支援給付費を支給する。



法改正により、指定日が平成24年5月1日以降の横浜市・川崎市・相模原市・横須賀市内の事業所に係る指定事務の権限が、各市に移譲されます。

横浜市・川崎市・相模原市・横須賀市に所在する事業所は、5月1日付け指定から申請先が変わりますのでご注意ください。

※詳細は「障害福祉情報サービスかながわ」でお知らせします。

2 一般相談支援事業所の指定基準について

※資料1 9ページ参照

3 一般相談支援事業所の指定申請受付期間及び受付方法

平成24年4月1日の指定の場合

- 申請受付期間は、平成24年2月20日（月）～平成24年3月15日（木）まで。
- 指定申請受付は、日本大通7ビル500会議室（住所：横浜市中区日本大通7）で行います。
- 申請書は、必ず事業所の管理者が直接持参してください。

平成24年5月1日以降の指定の場合

- 申請受付期限は指定を受けたい月の前月15日（閉庁日の場合は直前の開庁日）まで。（例えば10月1日指定希望であれば9月15日締切）
- 指定申請受付は、横浜市・川崎市・相模原市・横須賀市に開設する事業所は各市が用意する会場で行います。それ以外の市町村に開設する事業所は、神奈川県庁分庁舎1階で行います。

- 必ず事前に予約のうえ、お越しください。
- 申請書類に補正が必要な場合がありますので、補正に要する時間を考慮し、早めの来庁をお勧めします。

4 指定申請時に必要な書類について

- 指定申請書、口座振込（変更）依頼書、付表
- 添付書類

※資料 4、5 参照

※平成24年 5 月 1 日以降の指定の場合であって、横浜市・川崎市・相模原市・横須賀市に開設する場合は、指定申請先の市にご確認ください。

5 指定後に事業の変更等が発生した場合

- 事業の変更・再開する場合は、速やかに届出を行う必要があります。
- 事業の廃止・休止する場合は、1 か月前に届出を行う必要があります。

※資料 7 参照

6 事故報告

- 指定事業所は、利用者等に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、県、事業所が所在している市町村、当該利用者の支給決定を行っている市町村、利用者家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならないと定められています。

※資料 8 参照

7 注意事項

- 今後、厚生労働省から示される省令等により、追加で書類の提出を求める可能性があります。

平成24年3月1日までに指定相談支援事業所の 指定を受けている事業者について

平成24年3月1日までに指定相談支援事業所の指定を受けている事業者は、
平成24年4月1日から指定一般相談支援事業所としてみなされます。

1 必要な手続き

- 指定一般相談支援事業所の新規指定申請の手続きは必要ありませんが、「かながわ自立支援給付費等支払システム みなし一般相談支援事業所登録シート（仮称）」の提出が必要です。

※資料1 19ページ参照

2 みなし一般相談支援事業所登録シートの提出期限及び提出方法

- 提出期間は、平成24年3月15日（木）まで。

- 提出は、郵送で受け付けます。

郵送先：〒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 あて

※宛名の左側に「みなし一般相談支援事業所登録シート在中」と記載願います。

3 注意事項

- みなしの有効期限は指定相談支援事業所の有効期間の残存期間内です。
《例》平成18年10月1日指定の場合、指定の有効期間は平成24年9月30日まで。
平成24年4月1日から平成24年9月30日までは一般相談支援事業所としてみなされます。平成24年10月1日以降一般相談支援事業所として事業を行う場合、平成24年10月1日新規事業所指定申請の手続きを平成24年9月15日までにを行う必要があります。
- 平成24年4月1日から管理者等の変更が生じる場合は別途変更届の届出が必要です。
- 今後、厚生労働省から示される省令等により、追加で書類の提出を求める可能性があります。

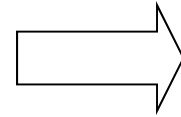
「障害者」の相談支援体系

市町村による相談支援事業

現行

市町村／指定相談支援事業者に委託可

○障害者・障害児等からの相談(交付税)



見直し後

市町村／指定特定(計画作成担当)・一般相談支援事業者(地域移行・定着担当)に委託可

○障害者・障害児等からの相談(交付税)

サービス等利用計画

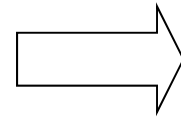
指定相談支援事業者

※事業者指定は、都道府県知事が行う。

○指定相談支援(個別給付)

- ・サービス利用計画の作成
- ・モニタリング

○障害者・障害児等からの相談



指定特定相談支援事業者(計画作成担当)

※事業者指定は、市町村長が行う。

○計画相談支援(個別給付)

- ・サービス利用支援
- ・継続サービス利用支援

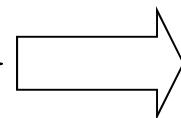
・支給決定の参考
・対象を拡大

○基本相談支援(障害者・障害児等からの相談)

地域移行支援・地域定着支援

○精神障害者地域移行・地域定着支援事業(補助金)
(都道府県／指定相談支援事業者、精神科病院等に委託可)

○居住サポート事業(補助金)
(市町村／指定相談支援事業者等に委託可)



指定一般相談支援事業者
(地域移行・定着担当)

※事業者指定は、都道府県知事が行う。

○地域相談支援(個別給付)

- ・地域移行支援(地域生活の準備のための外出への同行支援・入居支援等)
- ・地域定着支援(24時間の相談支援体制等)

○基本相談支援(障害者・障害児等からの相談)

※ 市町村が現行制度において担っている地域生活支援事業の相談支援事業に係る役割については、これまでと変更がないことに留意。

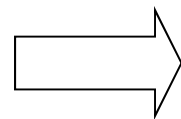
「障害児」の相談支援体系

現行

見直し後

市町村／指定相談支援事業者へ委託可

○障害者・障害児等からの相談(交付税)



市町村／指定特定(計画作成担当)・一般相談支援事業者(地域移行・定着担当)へ委託可

○障害者・障害児等からの相談(交付税)

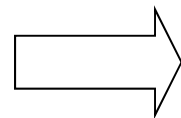
指定相談支援事業者

※事業者指定は、都道府県知事が行う。

○指定相談支援(個別給付)

- ・サービス利用計画の作成
- ・モニタリング

○障害者・障害児等からの相談



指定特定相談支援事業者(計画作成担当)

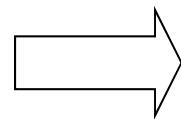
※事業者指定は、市町村長が行う。

○計画相談支援(個別給付)

- ・サービス利用支援
- ・継続サービス利用支援

・支給決定の参考
・対象を拡大

○基本相談支援(障害者・障害児等からの相談)



創 設

障害児相談支援事業者(児)

※事業者指定は、市町村長が行う。

○障害児相談支援(個別給付)

- ・障害児支援利用援助
- ・継続障害児支援利用援助

(児)とあるのは児童福祉法に基づくもの

※ 障害児の入所サービスについては、児童相談所が専門的な判断を行うため、障害児支援利用計画の作成対象外。

計画相談支援・障害児相談支援(案)

1. 対象者

- 障害者(児)の自立した生活を支え、障害者(児)の抱える課題の解決や適切なサービス利用に向けて、ケアマネジメントによりきめ細かく支援するため、対象者を大幅に拡大。
具体的な対象者については、以下のとおりとする。

(障害者自立支援法の計画相談支援の対象者)

- ・ 障害福祉サービス又は地域相談支援を利用するすべての障害者
 - ・ 障害福祉サービスを利用するすべての障害児
- ※ 介護保険サービスと障害福祉サービスの両方を利用する場合については、市町村が、介護保険制度の居宅介護支援計画(ケアプラン)で足りると判断する場合は、サービス等利用計画の作成を求めないことも可。

(児童福祉法の障害児相談支援の対象者)

障害児通所支援を利用するすべての障害児

- 対象拡大に当たっては相談支援の提供体制の整備が必要となるため、平成24年度から段階的に拡大し、平成26年度までにすべての対象者について実施。

この場合、新規利用者、現行のサービス利用計画作成費の支給対象者(※)、施設入所者、その他市町村長が必要と認める者を優先して拡大。

なお、施設入所支援と就労継続支援又は生活介護の利用の組み合わせは、ケアマネジメント等の手続きを前提に認めることとしているため、当該組み合わせに係る平成24年4月以降の新規利用者はサービス等利用計画作成が必須となることに留意。

- ※ ① 障害者支援施設からの退所等に伴い、一定期間、集中的に支援を行うことが必要である者
② 単身世帯の者等、自ら指定障害福祉サービス事業者等との連絡調整を行うことが困難である者
③ 常時介護を要する障害者等であって、意思疎通を図ることに著しい支障があるもののうち、四肢の麻痺及び寝たきりの状態にあるもの並びに知的障害又は精神障害により行動上著しい困難を有する者(ただし、重度障害者等包括支援の支給決定を受けていない者に限る。)

2. サービス内容

○ 支給決定時(サービス利用支援・障害児支援利用援助)

- 法
- ・ 支給決定又は支給決定の変更前に、サービス等利用計画・障害児支援利用計画(以下、「計画」という。)案を作成。
 - ・ 支給決定又は変更後、サービス事業者等との連絡調整、計画の作成。

○ 支給決定後(継続サービス利用支援・継続障害児支援利用援助)

- 法
- ・ 厚生労働省令で定める期間ごとに、サービス等の利用状況の検証を行い計画の見直しを行う(モニタリング)。→ P87参照
 - ・ サービス事業者等との連絡調整、支給決定又は支給決定の変更に係る申請の勧奨。

3. 事業の実施者（市町村が指定する特定相談支援事業者・障害児相談支援事業者（計画作成担当））

（指定手続）

- 「総合的に相談支援を行う者として厚生労働省令で定める基準に該当する者」が、事業所の所在地を管轄する市町村長に申請し、当該市町村長が指定。（事業所の所在地以外の市町村の障害者（児）への計画相談支援、障害児相談支援も実施可。）
- 「総合的に相談支援を行う者」の基準については、以下を満たす事業者とする。
 - ① 三障害対応可（他の事業所との連携により、可能な場合を含む。）
 - ② 医療機関や行政機関等の関係機関との連携体制を確保していること
 - ③ 計画的に研修や事例検討を行う体制を整えていること

（人員基準）

- 管理者及び相談支援専門員（現行の指定相談支援事業者と同じ）とする。

※ 事業所ごとに、専従の者を配置しなければならない（地域相談支援との兼務は可）。
ただし、業務に支障のない場合は、当該事業所の他の職務等に従事し、又は他の事業所、施設等の職務に従事することができる。

4. 報酬

- 現行と同様に計画作成とモニタリングを評価する。

支給決定時又は変更時の計画作成（サービス利用支援・障害児支援利用援助）と比べて、モニタリング（継続サービス利用支援・継続障害児支援利用援助）については報酬の差を設ける方向で検討。

→ 障害児に係る計画作成等の報酬について

特定相談支援事業者（障害児の居宅サービス）及び障害児相談支援事業者（障害児の通所サービス）の両方の指定を受けた事業者の相談支援専門員が、居宅及び通所サービスの一体的な計画を作成することとし、当該報酬については、障害児相談支援に係る報酬のみを算定する方向で検討。

→ 居宅介護計画（ケアプラン）とサービス等利用計画を担当する者が同一の場合の報酬について

利用者のアセスメントやモニタリング等の業務が一体的に行われるため、サービス等利用計画に係る報酬を減額して一定額を算定する方向で検討。

地域相談支援(地域移行支援・地域定着支援)(案)

1. 対象者

(地域移行支援)

- 障害者支援施設又は児童福祉施設に入所している障害者
※ 児童福祉施設に入所する18歳以上の者、障害者支援施設に入所する15歳以上の障害者みなしの者も対象。
- 精神科病院(精神科病院以外で精神病室が設けられている病院を含む)に入院している精神障害者。
→ 長期に入院していることから支援の必要性が相対的に高いと見込まれる1年以上の入院者を中心に対象とし、1年未満の入院者については、特に支援が必要な者(例えば、措置入院や医療保護入院から退院する者で、住居の確保などの支援を必要とするものなど)を対象とする。
※ 地域移行支援の支給決定主体については、現行の障害者支援施設等に入所する者と同様に、精神科病院を含め居住地特例を適用。
(入院・入所前の居住地の市町村が支給決定)

(地域定着支援)

- 居宅において単身その他の厚生労働省令で定める状況において生活する障害者。
→ 「その他の厚生労働省令で定める状況において生活する障害者」については、家庭の状況等により同居している家族による支援を受けられない障害者とする。
→ 具体的な対象者のイメージは、施設・病院からの退所・退院、家族との同居から一人暮らしに移行した者、地域生活が不安定な者等を想定。
→ グループホーム・ケアホーム、宿泊型自立訓練の入居者に係る常時の連絡体制等については、通常、当該事業所の世話人等が対応することとなるため、対象外。

2. サービス内容

(地域移行支援)

- 住居の確保その他の地域における生活に移行するための活動に関する相談その他の厚生労働省令で定める便宜を供与。
→ 「その他厚生労働省令で定める便宜」は、地域移行のための障害福祉サービス事業所等への同行支援等を想定。 → P95参照

(地域定着支援)

- 常時の連絡体制を確保し、障害の特性に起因して生じた緊急の事態等に相談その他の便宜を供与。
→ 「常時の連絡体制」については、携帯電話による体制によることも可。また、緊急の事態に対して速やかに駆けつけられる体制を確保することが前提。
→ 「その他の便宜」については、緊急訪問、緊急対応等を想定。

3. 給付決定の有効期間

(地域移行支援)

- 6か月以内。市町村が対象者の状況に応じて必要と認める場合は6ヶ月以内で更新可。
更なる更新については、市町村が真に必要と認める場合に6ヶ月以内ごとに更新可。

(地域定着支援)

- 1年以内。対象者の状況に応じて必要に応じて更新可とする。

4. 事業の実施者（都道府県が指定する一般相談支援事業者（地域移行・定着担当））

- 法 ※ 施行(平成24年4月1日)の際、既存の指定相談支援事業者は、1年以内の省令で定める期間内は「指定一般相談支援事業者(地域移行・定着担当)」とみなす。(期間内に指定申請しないときは、その効力を失うことに留意。)

(指定手続)

- 当該事業所の所在地を管轄する都道府県知事に申請し、当該都道府県知事が指定。

(人員基準)

- 管理者、相談支援専門員、地域移行支援・地域定着支援を担当する者とする。
- ※ 事業所ごとに、専従の者を配置をしなければならない。(計画相談支援・障害児相談支援との兼務は可)。
- ただし、業務に支障のない場合は、当該事業所の他の職務等に従事し、又は他の事業所、施設等の職務に従事することができる。
- ※ 相談支援専門員については、自ら地域相談支援を実施する他、地域移行推進員への助言指導等を行う責任者としての役割。
- ※ 地域移行支援・地域定着支援を担当する者については、資格や経験を問わない。
- ※ 現行の精神障害者地域移行・定着支援事業を実施する事業者については、当面の間、相談支援専門員の配置の有無に関わらず指定できる経過措置を設ける。

5. 報酬

- 以下のサービスを評価する方向で検討。

(地域移行支援)

- ・ 入所施設や精神科病院への訪問による相談等
- ・ 地域移行のための障害福祉サービス事業所等への同行支援
- ・ 住居を確保するための入居支援 等

(地域定着支援)

- ・ 常時の連絡体制(毎月、定額を算定)
- ・ 緊急訪問、緊急対応 等

民間団体の相談支援業務従事者の活用

相談支援の提供体制の整備を図るため、公的な委託又は補助によらない民間団体の相談の実績について、以下の要件をいずれも満たす場合に、指定相談支援事業者の指定を受ける前の事業所における相談支援業務を実務要件として認めることとする。

- 指定相談支援事業者の指定を受けている、又は受けようとする場合であって、指定を受ける前から、相談支援業務を継続的に実施しているとき。

※ 指定に当たっては法人格が必要であることに留意。

- 民間団体の活動を、指定を受けている、又は受けようとする事業所の長が「当該者が相談業務に従事する者で5年間勤務した経験を有する」旨を証明し、かつ、「5年間の相談業務を行っていることが客観的に分かる資料（※）」があること。

※ 業務内容や勤務状況に関する記録が十分でない場合であっても、民間団体の活動に係る報告書や決算資料等により客観的に相談業務を実施していることが分かる場合も可とする。

（参考）現行の取扱い（H18.11相談支援事業関係Q & Aにおいて提示）

- （1）事業所要件

公的な補助金や委託により運営されており、かつ、業務内容や勤務状況の記録が適正に整備されている事業所

- （2）実務経験の証明

事業所の長が、業務内容や勤務日数を証明した期間

（ 参 考 ） 相 談 支 援 専 門 員 の 実 務 経 験

業務の範囲		相 談 支 援 専 門 員	
		業 務 内 容	実務経験年数
障害者の保健、医療、福祉、就労、教育の分野における支援業務	① 相談支援業務	施設等において相談支援業務に従事する者※ 1	5 年以上
		医療機関において相談支援業務に従事する者で、次のいずれかに該当する者 （１）社会福祉主事任用資格を有する者 （２）訪問介護員２級以上に相当する研修を修了した者 （３）国家資格等※ 2 を有する者 （４）施設等における相談支援業務に従事した期間が１年以上である者	
		就労支援に関する相談支援の業務に従事する者	
		特別支援教育における進路相談・教育相談の業務に従事する者	
		その他これらの業務に準ずると都道府県知事が認めた業務に従事する者	
	② 介護等業務	施設及び医療機関等において介護業務に従事する者	10 年以上
		その他これらの業務に準ずると都道府県知事が認めた業務に従事する者	
	③ 有資格者等	上記②の介護等業務に従事する者で、次のいずれかに該当する者 （１）社会福祉主事任用資格を有する者 （２）訪問介護員２級以上に相当する研修を修了した者 （３）保育士 （４）児童指導員任用資格者 （５）精神障害者社会復帰指導員任用資格者	5 年以上
		上記①の相談支援業務及び上記②の介護等業務に従事する者で、国家資格等※ 2 による業務に５年以上従事している者	3 年以上

※ 1 平成 18 年 10 月 1 日において現に障害児相談支援事業、身体障害者相談支援事業、知的障害者相談支援事業、精神障害者地域生活支援センターの従業者の場合は、平成 18 年 9 月 30 日までの間の期間が通算して 3 年以上

※ 2 国家資格等とは、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士（管理栄養士を含む。）、精神保健福祉士のことを言う。

平成23年度における相談支援専門員の研修体系

- 障害者自立支援法等の改正においては、新たに、「地域相談支援(地域移行支援・地域定着支援)」及び「障害児相談支援」を創設。(平成24年4月1日施行)
- このため、平成23年度は、「法の円滑な施行準備のための研修」を実施。
- 併せて、現任者の資質の向上のために、専門コース別研修を創設。
- これらの研修に要する経費については、地域生活支援事業費補助金の対象とする。
- ※ 平成24年度以降の相談支援専門員の研修体系については、既存の初任者研修や現任研修の見直しを含め、今後検討。

相談支援専門員の必須の研修

初任者研修
＜初年度＞

(31.5時間)

現任研修
＜5年ごと＞

(18時間)

新

専門コース別研修

※専門コース別研修は、現任研修の受講の有無にかかわらず、必要に応じて受講することも可能

新

法の円滑な施行準備のための研修

【カリキュラム】

- ・地域相談支援
- ・障害児相談支援

(4～5時間程度)

事業者指定のイメージ

特定相談支援事業者、障害児相談支援事業者及び一般相談支援事業者各々の指定を一体的に受けることも可能。

特定相談支援事業者・障害児相談支援事業者(計画作成担当)

(人員基準) 管理者、相談支援専門員

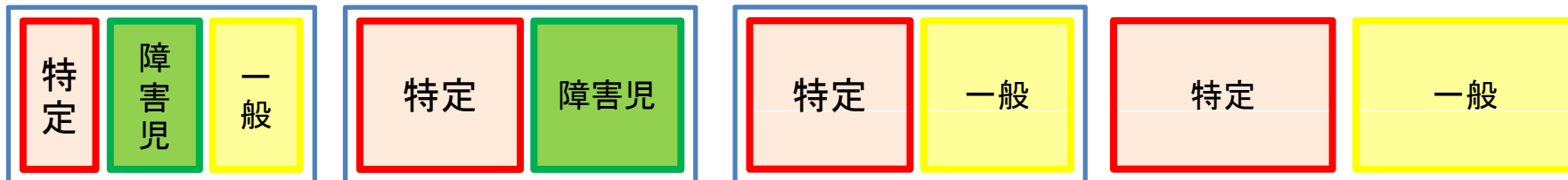
※ 「障害児相談支援事業者」の指定を受ける場合は、障害者自立支援法に基づくサービスと一体的な計画作成する必要があるため、「特定相談支援事業者」の指定も併せて受けることを想定。

この場合、「障害児相談支援事業者」と「特定相談支援事業者」の両方の指定を受けた事業者についても、対象者を障害児のみとすることも可能とする。

一般相談支援事業者(地域移行・定着支援担当)

(人員基準) 管理者、相談支援専門員、地域移行支援・地域定着支援を担当する者

【想定される類型】



一般相談支援事業所指定申請書【暫定版】 (イメージ)

※現在厚生労働省から発出されている情報から作成したイメージであり、実際に使用する申請書とは異なります。

平成24年2月3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 事業支援グループ

指定申請書(一般相談支援)イメージ図

平成24年2月3日
指定申請手続説明会資料

※現在厚生労働省から発出されている情報から作成したイメージであり、実際に使用する申請書とは異なります。

(様式第1号)

指定一般相談支援事業所 指定申請書

※受付番号

申請書を提出する日を記入してください。

平成24年〇月 〇 日

(申請先)

(申請者)

神奈川県知事 殿

所在地

〇〇市××町1丁目2番3号

名称

社会福祉法人〇〇福祉会

代表者氏名

神奈川 はなこ

代表者
印

必ず法人代表者印を押印してください。

障害者自立支援法に規定する 指定一般相談支援事業所 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	シャカイフクシホウジンマルマルフクカイ			
	名称	社会福祉法人〇〇福祉会			
	主たる事務所の 所在地	〒 XXX-XXXX	←郵便番号を半角数字7桁で記載してください		
		〇〇市××町1丁目2番3号			
	連絡先	電話番号	0000-00-0000	FAX番号	0000-00-0000
	法人の種類	社会福祉法人		法人所轄庁	神奈川県
代表者	役職	理事長			
	氏名	神奈川 はなこ			
	住所	〒 XXX-XXXX	←郵便番号を半		
〇〇市〇〇〇9丁目8					
事業所・施設の 種類	フリガナ	ハツバツソウダシエンジギョウシヨ			
	名称	××相談支援事業所			
	事業所(施設) の所在地	〒 XXX-XXXX	※事業所(施設)所在地市町村番号	※級地区分	
		〇〇市××町12-3-405			
	事業等の種類	指定一般相談支援事業所			
一般相談支援事業		指定申請をする事業等の 事業開始予定年月日	付表	備考	
主たる事業所名称		××相談支援事業所			
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	生活介護		事業所番号	141XXXXXX
	事業所名称	××生活介護事業所			

(備考)

- 1 「※」のついた欄には記載しないでください。
- 2 「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。
- 3 「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。
- 4 「指定を受けようとする事業所・施設の種類の」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。
- 5 「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。

Ver. XX

指定申請書(一般相談支援)イメージ図

※現在厚生労働省から発出されている情報から作成したイメージであり、実際に使用する申請書とは異なります。

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

申請書を提出する日を記入してください。

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。

平成 24 年 3 月 日

申請者 (債権者)	法人名称	社会福祉法人〇〇福祉会		
	郵便番号	〒	XXX-XXXX	郵便番号を半角数字7桁で入力してください。
	所在地	〇〇市××町1丁目2番3号		
	代表者氏名	神奈川 はなこ		
	事業所名称	××相談支援事業所		
	事業所番号			
	対象事業名	53	地域移行支援	

様式第1号の指定申請書と一致させてください。

代表者印

振込先	金融機関名	〇〇銀行	金融機関コード	XXXX
	店舗名	××支店	店舗コード	XXX
	口座番号	XXXXXXXX	預金種別	<input checked="" type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 当座
	名義人氏名	フリガナ フクマルマルフクカイ 氏名 社会福祉法人〇〇福祉会		

振込先に関する情報を記入してください。
添付する通帳の内容と一致します。

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切の権限を委任します。			
	平成	24	年	3 月 〇〇 日
	委任者	神奈川 はなこ		

代表者印

通帳の写しは別葉にして添付することも可能です。

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

確認年月日

確認印

指定申請書(一般相談支援)イメージ図

※現在厚生労働省から発出されている情報から作成したイメージであり、実際に使用する申請書とは異なります。

付表AA 指定一般相談支援事業所の指定に係る記載事項												
事業所	フリガナ		マルマルワダシエンジキョウシヨ				様式第1号の指定申請書と一致します。					
	名 称		〇〇相談支援事業所									
	フリガナ		〒 XXX-XXXX		←郵便番号を半角数字7桁で入力してください							
	所在地		〇〇市××町1-2-3									
連絡先		電話番号		XXXX-XX-XXXX			FAX番号		XXXX-XX-XXXX			
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		カガワ タロウ				事業所の管理者について記入してください。 添付書類「管理者経歴書」と一致します。					
	氏 名		神奈川 太郎									
	フリガナ		〒 XXX-XXXX		←郵便番号を半角数字7桁で入力してください							
	住 所		〇〇市▲▲12-345									
	当該一般相談支援事業所における相談支援専門員との兼務の有無						〇有 ●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			〇〇相談支援事業所			
						兼務する職種			相談支援員(障害児相談支援)			
						勤務時間			2時間/日			
事業開始時の利用者の予定数		10人										
相談支援専門員	フリガナ		ワダシ ジョウ				事業所の相談支援専門員について記入してください。 添付書類「相談支援専門員経歴書」と一致します。 なお、複数在籍している場合、付表に記入するのは1名分で構いません。※添付書類「相談支援専門員経歴書」「相談支援専門員実務経歴証明書」「相談支援従事者初任者研修修了証(写)」は従事する方、全員分が必要です。					
	氏 名		相談 次郎									
フリガナ		〒 XXX-XXXX		←郵便番号を半角数字7桁で入力してください								
住 所		●●市〇〇町123-456										
運営規程や勤務形態一覧表と一致します。												
相談支援専門員 地域移行支援員 地域定着支援員 同一敷地内の事業の実施状況												
従業者の員数・職種	(単位:人)		専従		兼務		専従		兼務		専従	
	従業者数		常勤		2		専従		兼務		1	
	非常勤		1		1		専従		兼務		1	
	常勤換算後の人数											
地域相談支援(一般相談支援) 計画相談支援(特定相談支援) 障害児相談支援												
地域定着支援 地域移行支援												
☑有 ☐無 ☑有 ☐無 ☑有 ☐無 ☑有 ☐無												
同じ敷地内で相談支援事業を行う場合、実施するサービス種類にチェックを入れてください。												
主な揭示事項	営業日		☑月		☑火		☑水		☑木		☑金	
			☐土		☑日							
	営業時間		平日		09:00 ~ 17:00		土曜		~		備考	
			日曜		~		祝日					
	サービスの内容		☑地域移行支援		☑地域定着支援		実施するサービスの種類を記入してください。					
	主たる対象者		☑特定なし		☐身体障害者		☐知的障害者		☐障害児		☐精神障害者	
	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		〇〇市		××市		■市						
他事業所等との連携体制	他事業所等		名 称									
			所在地									
			支援体制の概要									
	行政機関等		名 称		〇〇市福祉事務所							
			所在地		〇〇市××町5-1							
			支援体制の概要		利用者支援に必要な							
	協力医療機関		名 称		〇〇医院				主 な 診療科名		精神科 外科	
			名 称						主 な 診療科名		内科 小児科	
	※加算等		相談支援特定事業所加算		〇有		〇無					

(備考)

- 「※」のついた欄は、記入しないでください。
- 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載して下さい。
- 当該指定相談支援サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定特定相談支援サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

かながわ自立支援給付費等支払システム
みなし一般相談支援事業所登録シート【暫定版】
(イメージ)

※平成24年3月1日までに相談支援事業所の指定を受けている
事業者は一般相談支援事業所としてみなされます。

平成24年2月3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 事業支援グループ

みなし一般相談支援事業者登録シート イメージ

平成24年2月3日
指定申請手続説明会資料

※現在様式は検討中であり、実際に使用する申請書とは異なります。

(様式第1号)

※受付番号

提出する日を記入してください。
かながわ自立支援給付費等支払システム
みなし一般相談支援事業所登録シート

平成24年〇月 〇 日

(申請先)

(申請者)

神奈川県知事 殿

所在地 〇〇市××町1丁目2番3号

名称 社会福祉法人〇〇福祉会

代表者氏名 神奈川 はなこ

必ず法人代表者印を押印してください。



次のとおり、かながわ自立支援給付費等支払システムへの登録を依頼します。

申請者 (設置者)	フリガナ	シヤカイフクシホウジシタルマルフクシカイ		
	名称	社会福祉法人〇〇福祉会		
	主たる事務所の所在地	〒 XXX-XXXX	←郵便番号を半角数字7桁で記載してください	
		〇〇市××町1丁目2番3号		
	連絡先	電話番号	0000-00-0000	FAX番号 0000-00-0000
	法人の種類	社会福祉法人		法人所轄庁 神奈川県
代表者	役職	理事長		
	氏名	神奈川 はなこ		
	住所	〒 XXX-XXXX	←郵便番号を半角数字7桁で記載してください	
既に指定を受けている 相談支援事業所	フリガナ	ハツバツウダシエンジキョウシヨ		
	名称	××相談支援事業所		
	事業所(施設)の所在地	〒 XXX-XXXX	※事業所(施設)所在地市町村番号	※級地区分
		〇〇市××町12-3-405		
	事業等の種類	相談支援事業所		
		相談支援事業所	指定年月日	付表
主たる事業所名称		××相談支援事業所		
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	生活介護		事業所番号 141XXXXXX
	事業所名称	××生活介護事業所		

(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。

Ver. XX

みなし一般相談支援事業所登録シート イメージ

※現在様式は検閲中であり、実際に使用する申請書とは異なります。

交付番号

付表XX みなし一般相談支援事業に係る記載事項

事業所	フリガナ	ママルワダシエンジギョウシヨ								
	名 称	〇〇相談支援事業所								
	所在地	〒 XXX-XXXX	←郵便番号を半角数字7桁で入力してください							
		〇〇市××町1-2-3								
連絡先	電話番号	XXXX-XX-XXXX	FAX番号 XXXX-XX-XXXX							
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	カガワ タロウ								
	氏 名	神奈川 太郎								
	住 所	〒 XXX-XXXX	←郵便番号を半角数字7桁で入力してください							
		〇〇市▲▲12-345								
	当該一般相談支援事業所における相談支援専門員との兼務の有無		〇有 〇無							
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	〇〇相談支援事業所								
	兼務する職種	相談支援員（障害児相談支援）								
		勤務時間	2時間/日							
利用者の予定数		10人								
相談支援専門員	フリガナ	ワダシ ジョウ								
	氏 名	相談 次郎								
	住 所	〒 XXX-XXXX	←郵便番号を半角数字7桁で入力してください							
		●●市〇〇町123-456								
従業者の職数	勤務形態一覧表と一致します。		事業所の相談支援専門員について記入してください。平成24年4月1日から変更・追加になる場合は別途変更届が必要です。							
			事業所の相談支援専門員について記入してください。平成24年4月1日から変更・追加になる場合は別途変更届が必要です。							
			事業所の相談支援専門員について記入してください。平成24年4月1日から変更・追加になる場合は別途変更届が必要です。							
			事業所の相談支援専門員について記入してください。平成24年4月1日から変更・追加になる場合は別途変更届が必要です。							
			事業所の相談支援専門員について記入してください。平成24年4月1日から変更・追加になる場合は別途変更届が必要です。							
勤務形態一覧表と一致します。		同一敷地内の事業の実施状況								
(単位：人)		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	地域相談支援（一般相談支援）	計画相談支援（特定相談支援）	障害児相談支援
従業者数		常勤	2					地域定着支援	地域移行支援	
非常勤				1		1				
常勤換算後の人数								☑有 ☐無	☑有 ☐無	☑有 ☐無
同じ敷地内で複数の相談支援事業を行う場合、実施するサービス種類にチェックを入れてください。										
主な揭示事項	営業日	☑月 ☑火 ☑水 ☑木 ☑金 ☐土 ☐日								
	営業時間	平日	09:00	～	17:00	土曜		～		備考
		日曜		～		祝日				
	サービスの内容	☑地域移行支援 ☑地域定着支援								
	主たる対象者	☑特定なし ☐身体障害者 ☐知的障害者 ☐障害児 ☐精神障害者								
	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			〇〇市		××市		■市			
他事業所等との連携体制	他事業所等	名 称								
		所在地								
		支援体制の概要								
	行政機関等	名 称	〇〇市福祉事務所							
		所在地	〇〇市××町5-4							
		支援体制の概要	行政機関や医療機関等との連携体制及び支援の体制の概要を記した添付書類を提出してください。							
	協力医療機関	名 称	〇〇医院				主 診療科名	精神科		内科
名 称						主 診療科名	外科		小児科	

(備考)

- 「※」のついた欄は、記入しないでください。
- 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載して下さい。